

**COMUNIDAD DE PRACTICA EN ECOSALUD-DIFUSION E INSTITUCIONALIZACION
DE LA INVESTIGACION, LA EXTENSION Y LAS INFLUENCIAS POLITICAS EN
AMERICA LATINA Y EL CARIBE**

INFORME TECNICO

PROYECTO N° 105151-04

Medicina Social, Gobernanza y Ecosalud en América Latina y el Caribe

02 DE FEBRERO 2013

LIMA, PERU

Índice

| | |
|--------------------------------|---|
| Introducción | 3 |
| Resultados..... | 4 |
| Productos y Alcances..... | 6 |
| Administrativo Financiero..... | 6 |
| Anexos | |

INTRODUCCION

Uno de los propósitos de la Comunidad de Práctica (COPEH-LAC) es promover el enfoque de ecosistemas en salud humana (conceptos, métodos y herramientas para la investigación) y vincular la investigación con las políticas y las acciones.

A fin de entender mejor el alcance de sus actividades, orientadas a incidir en políticas en materia de ambiente, salud y desarrollo sustentable, hay una necesidad de abrir espacios de colaboración, comunicación y mejorar la transferencia del conocimiento científico en políticas y prácticas.

La participación de los miembros de COPEH-LAC en eventos internacionales ha proporcionado un medio particularmente útil para difundir el enfoque de Ecosalud, la creación de redes con personas interesadas en la aplicación del enfoque de Ecosalud, afianzar relaciones, la construcción de nuevos conocimientos y una mejora en la comprensión de las diferentes áreas que son relevantes para el enfoque de Ecosalud.

Como institución que pertenece a la CoPEH-LAC, ECOSAD a través del Nodo Andino, promueve la reflexión permanente y propicia espacios de intercambio con otros enfoques, como los de la Medicina Social, buscando fomentar el diálogo entre diversos sistemas de conocimientos que permitan retroalimentar, el debate y mejorar la práctica. En este sentido, diversos miembros de nuestra comunidad de práctica han hecho presencia con actividades concretas en diversos eventos internacionales, uno de ellos fue en el XI Congreso Latinoamericano de Medicina Social, llevado a cabo en Bogotá en el 2009, en el cual un aprendizaje fue reconocer, que desde la perspectiva antropocéntrica, hay quienes enfatizan en la determinación superior de “lo social” (vinculados a la Medicina Social), en particular del poder económico político, ligado a las clases dominantes y gobernantes sobre “lo ambiental”.

Lo cierto es que el enfoque ecosistémico en salud humana considera que siendo éste un tema complejo, el abordaje de la salud humana debe ser integral, integradora de disciplinas, abierta a distintos sistemas de conocimiento, participativa, colaborativa, con justicia y orientada al cambio.

Motivados por estos aprendizajes, algunos integrantes de la Comunidad han hecho diversas reflexiones y aportes sobre el enfoque de ecosistemas en salud humana y ambiente y, últimamente en determinantes sociales de la salud, gobernanza y desarrollo sustentable, iniciativas que deben mantener un continuo proceso de reflexión crítica y producción documental.

Objetivo General:

Analizar y desarrollar los vínculos teóricos y conceptuales entre los enfoques de la Medicina Social, Ecosalud y Gobernanza en Salud y promover nuevas relaciones de colaboración entre COPEH LAC, la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y otros actores regionales en el campo de la salud, el ambiente y el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe.

Objetivos Específicos:

- Facilitar la participación de la COPEH-LAC en el XII Congreso Latinoamericano Medicina social a efectos contribuir a posicionar la comunidad de práctica y el enfoque de ecosalud en el congreso y promover el análisis y fortalecimiento de los vínculos conceptuales entre el enfoque de ecosalud y la medicina social latinoamericana.
- Promover nuevas alianzas de la COPEH-LAC, que permitan fortalecer sus vínculos con decisores políticos e investigadores vinculados a la Medicina Social en América Latina.
- Facilitar actividades de colaboración entre investigadores en el campo de la Medicina Social, de la Gobernanza en Salud y de Ecosalud.

RESULTADOS

RESULTADO de Objetivo 1:

Facilitar la participación de la COPEH-LAC en el XII Congreso Latinoamericano Medicina social a efectos contribuir a posicionar la comunidad de práctica y el enfoque de ecosalud en el congreso y promover el análisis y fortalecimiento de los vínculos conceptuales entre el enfoque de ecosalud y la medicina social latinoamericana.

La COPEH-LAC, organizó la Mesa: “*Aproximación entre el enfoque ecosistémico a la salud (Ecosalud) y la Medicina Social*” (Anexo A). En la cual presentaron estudios de investigación: Douglas Barraza (Nodo Centro América y El Caribe), Marla Weihs (Nodo Brasil) y Alain Santandreu (Nodo Andino). Asa Cristina Laurel, referente importante de la corriente de pensamiento de la Medicina Social, comentó la mesa haciendo muy importantes apreciaciones, que le motivó una publicación en el diario La Jornada de México (Anexo B).

Adicionalmente 3 miembros de la CoPEH LAC también participaron con presentaciones y como comentaristas en otras mesas del Congreso ALAMES. Walter Varillas (Nodo Andino) (Anexo C) en la Mesa Central del Subtema: “*Salud, trabajo y migraciones*”; Juan

Moreira (Nodo Andino) (Anexo D) en la Mesa Central del Subtema: “*Medios de comunicación masiva y redes sociales: influencia en la agenda de las políticas públicas y la calidad de vida de los pueblos*”.

RESULTADO de Objetivo 2:

Promover nuevas alianzas de la COPEH-LAC, que permitan fortalecer sus vínculos con decisores políticos e investigadores vinculados a la Medicina Social en América Latina.

La participación de Asa Cristina Laurel, en la elaboración del documento “*Los enfoques Ecosistémicos en Salud y la Medicina Social*” producto de esta iniciativa, es una vinculación con investigadores de Medicina Social.

Así mismo, la Coordinación General de ALAMES, acordó con los editores de las revistas “Saúde em Debate” y “Medicina Social” la publicación de un número especial con las ponencias presentadas, entre ellas la de la Mesa de Ecosalud.

En la Mesa de Ecosalud, participaron aproximadamente 30 investigadores con quienes se establecieron vínculos para colaboraciones futuras.

RESULTADO de Objetivo 3:

Facilitar actividades de colaboración entre investigadores en el campo de la Medicina Social, de la Gobernanza en Salud y de Ecosalud

La participación de miembros en el Congreso en diferentes actividades y mesas del congreso, ha permitido establecer compromisos de colaboración para el desarrollo de temas de agenda en los siguientes aspectos:

- a) Elaborar un informe continental en torno a la soberanía alimentaria, salud y ambiente, frente al empleo de agrotóxicos, transgénicos y nanotecnología, en coordinación con vía campesina y con el apoyo del Observatorio Regional en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad de Jaime Breihl, bajo la coordinación de Mauricio Torres.
- b) Trabajar en un informe con respecto al impacto de la gran minería en la salud y el ambiente, con informes por país, como apoyo a la red Continental contra la Gran Minería, integrando los esfuerzos que Fátima Riveiro ha venido impulsando en torno a Sílice y cáncer.
- c) Fortalecer los intercambios en torno a la Escuela Continental de Salud de los Trabajadores y Trabajadoras, a través de la página Web que Brasil viene trabajando y que se acordó sea coordinada por Walter Varillas.
- d) Trabajar el tema de Sistemas Únicos Públicos de Salud y la salud de los trabajadores y trabajadoras, en tres planos: al interior de los sistemas como salud

de los trabajadores y trabajadoras de la salud; al exterior en términos del papel de los sistemas frente a la salud en el trabajo del conjunto de la población; y la relación entre sistemas de salud y seguridad social, especialmente frente a la seguridad social en riesgos laborales.

- e) Desarrollar propuestas conjuntas en los temas de salud de los trabajadores y trabajadoras en la economía informal.

PRODUCTOS

- Una mesa de discusión en torno al tema “Aproximación entre el enfoque ecosistémico en la salud (Ecosalud) y la medicina social”, como parte del programa del XII Congreso ALAMES.
- Una Nota de Prensa, difundida en la página web de la COPEH LAC (Anexo E)
- Un documento publicado “Los enfoques Ecosistémicos en Salud y la Medicina Social” Betancourt, O; Arroyo, Ruth; Varillas, W; Santandreu A. 2012, (Anexo F)

ALCANCES

- ***Se ha posicionado Ecosalud y la comunidad de práctica en el ámbito de la Medicina Social Latinoamericana:***
 - ✓ La Coordinación General de ALAMES, acordó con los editores de las revistas “Saúde em Debate” y “Medicina Social” la publicación de un número especial con las ponencias presentadas, entre ellas la de la Mesa de Ecosalud.
- **Se ha establecido nuevas alianzas y vínculos de colaboración entre investigadores, vinculados a la medicina social y ecosalud.**
 - ✓ La participación de Asa Cristina Laurel, con aportes, comentarios y el prólogo del documento “*Los enfoques Ecosistémicos en Salud y la Medicina Social*” producto de esta iniciativa, así como su publicación haciendo referencia a ecosalud en el Diario La Jornada, muestra la Medicina Social.
- **Los resultados de las discusiones, análisis y documentos de trabajo elaborados, están contribuyendo a fortalecer los enfoques regionales Medicina Social y Ecosalud que están permitiendo llevar a cabo los siguientes compromisos acordados en el Congreso:**
 - ✓ Elaborar un informe continental en torno a la soberanía alimentaria, salud y ambiente, frente al empleo de agro tóxicos, transgénicos y nanotecnología, con el apoyo del Observatorio Regional en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad de Jaime Breihl.

- ✓ Trabajar en un informe con respecto al impacto de la gran minería en la salud y el ambiente, con informes por país, como apoyo a la red Continental contra la Gran Minería.
 - ✓ Fortalecer los intercambios en torno a la Escuela Continental de Salud de los Trabajadores y Trabajadoras.
 - ✓ Trabajar el tema de Sistemas Únicos Públicos de Salud y la salud de los trabajadores y trabajadoras.
 - ✓ Desarrollar propuestas conjuntas en los temas de salud de los trabajadores y trabajadoras en la economía informal.
- **Las discusiones y documentos están contribuyendo a la elaboración del libro ecosalud de la CoPEH LAC.**
- ✓ Los miembros de COPEH-LAC responsables de capítulos del Libro de ECOSALUD, han incorporado sus reflexiones en el desarrollo de los textos.

ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO.

Se cubrió de acuerdo a lo planificado los boletos de avión, perdiems de los participantes, así como el pago a los 3 consultores expertos para escribir el documento "Los enfoques Ecosistémicos en salud y la Medicina Social"

El investigador Mariano Mussi, no pudo viajar por limitaciones de permisos de su trabajo, por lo que Douglas Barraza hizo la presentación de su investigación en la Mesa.

Considerando la importancia de reflexión desde la experiencia de los compañeros del Nodo Andino de la COPEH y por los aportes de Asa Cristina Laurel. Se consideró la importancia de realizar una publicación (impresión) del documento "Los enfoques Ecosistémicos en salud y la Medicina Social", por lo que se utilizaron los saldos que quedaron de los viajes y perdiems. Este cambio se hizo previa autorización del oficial del proyecto.



Comunidad de Práctica sobre el Enfoque
Ecosistémico en Salud Humana

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL – ALAMES XII CONGRESO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL

**URUGUAY- MONTEVIDEO
3 AL 8 DE NOVIEMBRE 2012**

MESA: APROXIMACIÓN ENTRE ENFOQUE ECOSISTÉMICO A LA SALUD HUMANA (ECOSALUD) Y LA MEDICINA SOCIAL

La preocupación por la relación entre Ambiente y Sociedad, y de éstos con la Salud Humana, ha cobrado mayor importancia en los últimos años por la constatación de la gravedad y magnitud tanto de los problemas ambientales como sociales que se viven a escala global. Si bien, la relación entre *ambiente* y *sociedad* ha sido abordada desde hace ya bastante tiempo, los límites para abordar la complejidad de los problemas casi exclusivamente desde la *dimensión social* como determinante de la salud humana, ha obligado a incorporar también la *dimensión ambiental*, proceso que ha dado nuevos aportes en los últimos años.

El enfoque de Ecosistemas en Salud Humana (Ecosalud) no tiene una postura única sobre la relación entre *ambiente* y *sociedad*. Mientras que las visiones antropocéntricas se centran en el análisis de los sistemas sociales, otras perspectivas priorizan lo ambiental, dejando lo social y humano como un componente de lo ambiental. Dentro de la perspectiva antropocéntrica también pueden haber variantes, desde quienes enfatizan en la determinación superior de “lo social” (vinculados a la Medicina Social), en particular del poder económico político, ligado a las clases dominantes y gobernantes sobre “lo ambiental”, hasta los que asumen el antropocentrismo desde la naturaleza humana, su condición y la necesidad de colocar el bienestar de la especie humana como centro de todo.

Lo cierto es que el enfoque ecosistémico en salud humana considera que siendo este un tema complejo, el abordaje de la salud humana debe ser integral, integradora de disciplinas, abierta a distintos sistemas de conocimiento, participativa, colaborativa, con justicia y orientada al cambio.

En tal sentido, los investigadores vinculados a la Comunidad de Práctica sobre Enfoque Ecosistémico en Salud Humana en América Latina y el Caribe (COPEH-LAC) que aglutina a varios países de América, buscan generar espacios para la reflexión sobre estas aproximaciones, a partir de experiencias concretas de investigación, y contribuir de esta manera al desarrollo de los marcos teóricos/conceptuales en la relación Ambiente y Salud.

OBJETIVO

Generar un espacio colaborativo de construcción social de conocimiento y reflexión entre diferentes actores sociales, sobre los acercamientos teóricos/conceptuales y metodológicos entre el enfoque Ecosalud y la Medicina Social, a partir de las experiencias de investigación-acción colaborativa desarrolladas en la Comunidad de Práctica COPEH – LAC.

Tiempo:

3 presentaciones x 20 minutos (mas 10 minutos de discusión cada uno), más 15 minutos de discusión general final y una introducción de 15 minutos por la moderadora. Duración total: 2 hrs. (120 minutos).

Moderadora: Ruth Arroyo

Una introducción a la aproximación entre enfoque eco sistémico a la salud humana y la Medicina Social- Reflexiones del Nodo Andino de la COPEH-LAC

Institución: COPEH/LAC; Universidad Nacional Mayor de San Marcos; ECOSAD- Consorcio por la Salud, Ambiente y Desarrollo.

E-mail: arroyo.ruthy@gmail.com

PRESENTACIÓN 1:

Autor(es) Tirelli, Josefina; Luis Larpin ATE Santa Fe; Canteros, Germán; Kohen, Jorge; Mussi; Mariano; Parra, Manuel; Medel, Julia

Título : El enfoque de ecosalud en la formación sindical: experiencias en el nodo cono sur de la Comunidad de Práctica COPEH-LAC

Institución: COPEH-LAC Nodo Cono Sur, Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

Email: josefina tirelli <tirellijt@gmail.com

PRESENTACIÓN 2:

Autor(es) Marla L. Weihs, Elaine S. Dutra, Rosane D. R. Seluchinesk

Título : Diálogos sobre saúde na amazônia brasileira

Institución: COPEH-LAC, Nodo Brasil ; Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT

Email: marlaweihs@gmail.com

PRESENTACIÓN 3:

Autor(es) Santandreu, Alain; Arroyo, Ruth; Lujan, Anita; Valle, José

Título : GUARDIANES AMBIENTALES: Estudio con enfoque de Ecosalud sobre los trabajadores que manipulan residuos sólidos y sus familias – Lima Perú

Institución: COPEH LAC Nodo Andino; Consorcio por la Salud, Ambiente y Desarrollo –ECOSAD.

Email: alain_santandreu@yahoo.com

ANEXO RESUMENES

DIÁLOGOS SOBRE SAÚDE NA AMAZÔNIA BRASILEIRA¹

Marla L. Weihs², Elaine S. Dutra³, Rosane D. R. Seluchinesk⁴

O diálogo é o encontro entre as pessoas que vivem nas áreas rurais da Amazônia brasileira. Em termos de saúde, caracteriza-se pela troca de saberes e notícias, sugestões de cuidados e tratamentos, uso de plantas medicinais, sugestões de alimentos, etc. São iniciativas que reduzem os fatores de risco e promovem a saúde comunitária. Muitas vezes, configuram-se na única possibilidade de tratamento e cura. O estímulo ao processo dialógico, como elemento de reflexão-ação no campo da saúde e do ambiente, foi o objetivo do projeto “Educação e Saúde: Construindo saberes para o Desenvolvimento Sustentável no Portal da Amazônia”. A proposta foi desenvolvida no ano de 2010, por uma equipe da Universidade do Estado de Mato Grosso em conjunto com famílias de agricultores do assentamento Vila Rural I, município de Alta Floresta, Estado de Mato Grosso, Brasil. O assentamento é periurbano, formado por 176 famílias, proprietárias de 1,2 hectares de terra. As famílias são pobres, a agricultura é pouco desenvolvida e a organização comunitária é incipiente. Há deficiências no acesso a água tratada, na coleta de lixo e no descarte de esgotos domésticos. O projeto apresentou cinco etapas: (i) Formação de uma equipe interdisciplinar; (ii) Capacitação; (iii) Execução de três oficinas participativas; (iv) Uma visita domiciliar; (v) Um evento de atenção à saúde e restituição dos resultados. Participaram 23 alunos do curso de graduação em Biologia,

¹ Apoio financeiro: FAPEMAT (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso).

² Doutoranda em Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília – UnB. Professora titular da Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT. Endereço para correspondência: SQN 411, Bloco A, Apto 301 - Asa Norte. CEP 70866-010, Brasília, DF, Brasil. E-mail: marlaweihs@gmail.com. Telefones: 55 61 82 47 26 58 / 55 61 35 47 92 93.

³ Doutoranda em Genética e Bioquímica, Universidade Federal de Uberlândia – UFU. Professora titular da Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT. Av. Perimetral Rogério Silva, s/n - Jardim Flamboyant. CEP 78690-000, Alta Floresta, MT, Brasil. E-mail: dutraes@hotmail.com. Telefone: 55 66 35 21 49 91.

⁴ Doutora em Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília – UnB. Professora titular da Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT. Endereço: Av. Perimetral Rogério Silva, s/n - Jardim Flamboyant. CEP 78690-000, Alta Floresta, MT, Brasil. E-mail: rosane.rosa@unemat.br. Telefone: 55 66 35 21 49 91.

três biólogas, uma pedagoga e um agrônomo. As ações foram orientadas pela pedagogia freireana e pela abordagem ecossistêmica em saúde. As oficinas estimularam a reflexão sobre a qualidade da saúde e do ambiente. Houve igualdade na participação dos gêneros, mas as mulheres foram mais ativas nas reflexões e nas ações de mudanças na

vizinhança. Os principais interesses foram por: higiene, verminoses, agrotóxicos e alimentação. Nas residências, houve pequenas adaptações em banheiros, fossas e destino de esgoto. No evento final, as conversas revelaram aumento das preocupações com os hábitos domésticos. Embora os resultados sejam subjetivos e demandem um longo prazo para que possam ser medidos, o estímulo à comunicação, principalmente entre as mulheres, constituiu o elemento essencial de geração de práticas e comportamentos que promovem a saúde.

Palavras-chave: diálogo, comunicação popular, abordagem ecossistêmica, saúde ambiental, assentamento rural, Amazônia.

El enfoque de ecosalud en la formación sindical: experiencias en el nodo cono sur de la Comunidad de Práctica COPEH-LAC

Tirelli, Josefina⁵; Larpin, Luis⁶; Canteros, Germán⁷; Kohen, Jorge⁸; Mussi; Mariano⁹; Parra, Manuel¹⁰; Medel, Julia¹¹

Las transformaciones en la organización del trabajo y en la producción impactan los ambientes con consecuencias negativas para la salud humana. En la contaminación ambiental de los países del cono sur intervienen fuentes similares: procesos productivos de la agricultura comercial, de actividades extractivas y de servicios, por ej., el transporte a puertos de embarque. También inciden en la contaminación y, a veces en mayor grado que los procesos productivos mismos, los cambios del uso del suelo, agua, energía y de modo particular, la masiva deforestación.

Trabajadores/as defienden su derecho a empleos saludables y están preocupados por la preservación de los ecosistemas; conocen la historia y los cambios económicos del entorno donde trabajan y viven; sin embargo, en raras ocasiones participan en diagnósticos y soluciones de problemas de salud y ambiente de su comunidad o territorio.

Organismos administrativos de salud, trabajo y ambientales y también investigadores, suelen considerar la consulta como única forma de participación extrapolando estos resultados a las políticas. A menudo, la respuesta oficial no suele coincidir con las prioridades de los trabajadores/as, sus familias y organizaciones lo cual desalienta la participación activa.

⁵ Universidad Nacional de Rosario, Argentina

⁶ Asociación de Trabajadores de Estado – ATE- Santa Fe.

⁷ Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

⁸ Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

⁹ Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

¹⁰ Prof., visitante, Universidad Ludwig Maximilians de Munich; docente, Universidad mayor, Chile

¹¹ Centro de Estudios de la Mujer, Chile.

La Comunidad de Práctica sobre el enfoque de Ecosalud-COPEH-LAC, que reúne investigadores de Latinoamérica, El Caribe y Canadá, promueve principios de la ecosalud en el abordaje de problemas de salud humana y ambiente. En el nodo cono sur, desde 2010, se desarrollan colaboraciones entre investigadores/as de Argentina y Chile para creación de materiales educativos en ecosalud para programas de extensión universitaria y/o en proyectos de investigación-acción.

Resultados: materiales educativos desarrollados en Santa Fe, Argentina, en colaboración entre investigadores/as y la Asociación de Trabajadores de Estado -ATE- Santa Fe, potencian el rol del saber experto de las/os trabajadoras/es en la defensa de la salud y el ambiente del lugar de trabajo, involucrando también los territorios. Los pilares de equidad, participación y transdisciplina del enfoque de ecosalud, favorecen el diálogo entre la investigación-acción participativa, la política pública y los/as trabajadores/as organizados. Diseños de sitios web con métodos de cartografía social pueden ser ejemplos útiles para otros nodos de la COPEH-LAC y también para redes de formadores del continente.

GUARDIANES AMBIENTALES: Enfoque Ecosalud en recicladores y familia (Lima, Perú)

Santandreu, Alain¹²; Arroyo, Ruth¹³; Lujan, Anita¹⁴

En 1955, el gran escritor peruano Julio Ramón Ribeyro publica “Los gallinazos sin plumas” un cuento que narra las penurias de dos niños que deben buscar en la basura alimentos para Pascal, el cerdo de su despótico abuelo. Considerada como uno de los hitos de la narrativa urbana latinoamericana, la obra de Ribeyro desnuda una actividad que, a inicios del siglo XXI continúa siendo la forma de vida de muchos peruanos y peruanas. Debieron pasar 40 años para que a mediados de los años 1990 surgiesen los primeros estudios sobre aspectos económicos de la actividad. Sin embargo, hasta la fecha no existían estudios observacionales sistemáticos que permitiesen vincular los problemas de salud de los recicladores y sus familias a los entornos ambientales y a las condiciones socio-económicas y políticas en las que realizan su trabajo.

Combinando instrumentos sencillos del Sistema de Análisis Social (SAS²) con estudios observacionales específicos (ocupacional, ambiental y social) y estrategias de acción política, ECOSAD avanzó en identificar cómo influyen las determinantes sociales y ambientales en la salud y el bienestar de los recicladores y sus familias. El estudio realizado en una zona de Lima, junto a las Asociaciones de Trabajadores y la Federación Nacional de Recicladores de Perú (FENAREP) permitió identificar algunos de los principales problemas e incursionar en soluciones innovadoras que contribuyeron a mejorar la calidad de vida y trabajo de 362 recicladores. Los avances organizativos y la mejora en la participación aumentaron el reconocimiento político y social de los recicladores y sus organizaciones, potenciando su capacidad de incidencia política.

¹² Consorcio por la Salud, Ambiente y Desarrollo - ECOSAD/CoPEH-LAC Nodo Andino, Lima (Perú)

¹³ Consorcio por la Salud, Ambiente y Desarrollo - ECOSAD/CoPEH-LAC Nodo Andino, Lima (Perú)

¹⁴ Consorcio por la Salud, Ambiente y Desarrollo - ECOSAD/CoPEH-LAC Nodo Andino, Lima (Perú)

Hoy la visión de los gobiernos y la población está cambiando. Lento pero a paso firme la actividad recibe cada día mayor reconocimiento por sus valores sociales, económicos y ambientales. El propio proceso investigativo contribuye, al decir de Edmundo Granda, a repensar el papel crítico de la medicina social desde los aportes teórico/conceptuales y metodológico/metódicos del enfoque ecosalud. En nosotros está el motivar a nuevos investigadores socialmente comprometidos a repensar su práctica y a redescubrir en los actores portadores del cambio, esa hermenéutica de las emergencias de la que nos habla Buenaventura de Sousa.

Palabras claves: Investigación-acción colaborativa, enfoque ecosalud, recicladores, cambio socio-ambiental



Cuando la ciencia no cuenta o cuenta para mal

0

ASA CRISTINA LAURELL

La devastación causada por el huracán *Sandy* en la costa este de Estados Unidos ha dominado las primeras páginas de la prensa internacional, pero no se ha puesto el acento en el problema del cambio climático mundial. Aunque hace unos años pudo haber algunas dudas sobre el fenómeno, hoy existe un consenso científico al respecto si se excluyen a los investigadores con un claro conflicto de interés. Con el Informe Brundtland en 1987 y con la Conferencia de Río de Janeiro de 1992 se generó conciencia de la necesidad de lograr un desarrollo sostenible en cuyo centro debería estar el ser humano. En Río se hicieron algunos compromisos en esta dirección, pero durante Río más 20 no se avanzó, incluso hubo algunos retrocesos en el contexto de la crisis económica actual. Los jefes de estado de los países del Norte no asumieron que están poniendo a la humanidad al borde de una catástrofe global con su afanosa búsqueda del crecimiento económico a toda costa.

El interés de lucro no sólo se expresa en el consumismo desenfrenado y su impacto sobre el ambiente. También han surgido formas de producción depredadoras en la minería y la agricultura, que forman parte del comercio y la especulación con los llamados *commodities*, promovidos por los grandes consorcios transnacionales financieros.

El incremento del precio del oro y la plata ha desatado la minería a tajo abierto con nuevas tecnologías altamente tóxicas y el uso de enormes cantidades de agua. Desplazan pueblos enteros, destruyen el ambiente hoy y tienen efectos irreparables para el futuro. Simultáneamente, se intensifican los monocultivos empleando como nunca los agrotóxicos e introduciendo las semillas genéticamente modificados. En ambos casos el desarrollo tecnológico desempeña un papel central, que se combina con las “innovaciones” especulativas.

Parte de los países de América Latina han vuelto a ser primo-exportadores, pero

también han surgido movimientos de resistencia muy importantes para contrarrestar la dinámica devastadora. Incluso han llegado a llevar al gobierno –destacadamente en Bolivia– defensores de la Madre Tierra, los cuales están formulando una nueva concepción del bien vivir alejado del consumismo.

Aunque la salud pública tiene una larga tradición en el estudio de la relación entre el hombre y el ambiente, está surgiendo un nuevo enfoque denominado ecosalud, que se propone abordar la salud humana en el contexto del ecosistema, pero introduciendo también la determinación socio-económica y política tanto del ambiente como de la salud. Por su carácter, la manera de plantear los problemas a estudiar es interdisciplinaria y aspira a ser transdisciplinaria. Destaca también que frecuentemente trabaja con una metodología de investigación-acción, o sea, con la participación de aquellos directamente involucrados en el problema.

Han producido estudios tan diversos como, por ejemplo, sobre los agrotóxicos en las grandes plantaciones bananeras costarricenses y su efecto en la salud de los niños trabajadores; sobre los problemas de salud de los colonizadores de la selva amazónica y de los pepenadores limeños de basura. En todos los casos sus estudios han ofrecido evidencias que han sido utilizados por la población para plantear soluciones a los problemas que enfrenta. Resulta interesante que tienden a encontrar más visión sobre los problemas en los gobiernos locales que en los nacionales que están más sujetos a los grandes intereses económicos.

El enfoque de ecosalud tiene un largo camino por adelante, tanto para afinar su metodología como para abrir mayor espacio de comprensión en la opinión pública. Sin embargo, este tipo de estudios tienen una importancia grande porque contrarrestan el abandono de la problemática ambiental a raíz de la crisis económica iniciada en 2008. Es notable que el huracán *Sandy* no actualizara la amenaza que representa el cambio climático para el planeta y que la campaña presidencial siguiera enfrentando las propuestas de cada candidato para retomar el crecimiento económico.

El mundo está inmerso en una crisis ambiental, alimenticia y económica, pero mientras los intereses de una minúscula minoría prevalecen sobre los de la inmensa mayoría no se va a resolver. Una crisis civilizatoria requiere de la construcción de una nueva civilización que tenga el ser humano en el centro.

secretariasaludgl@gmail.com

D Sustentable

Luis G. Marrón

"Por el bien de todos, primero los pobres"; no es un "slogan", es una premisa esencial para el desarrollo sustentable

Cambio climático, hambruna

Gabriel Flores Ornelas

Cuando el último árbol sea cortado, el último río envenenado, el último pez pescado, sólo entonces el hombre descubrirá que el dinero no se come. Proverbio Cree

INTERESANTE EL ENFOQUE DE LA ECOSALUD

Gina Gaona

Es increíble como la humanidad, a pesar de los efectos visibles del calentamiento global, sigamos creyendo en la panacea económica y tecnológica sin voltear a ver lo natural. Somos animales, sociales, pero animales. Lo mínimo que debemos hacer, es cuidar nuestra casa. El Planeta Tierra. Yo hago mi contribución.

Copyright © 1996-2013 DEMOS, Desarrollo de Medios, S.A. de C.V.
Todos los Derechos Reservados.
Derechos de Autor 04-2005-011817321500-203.

LOS ENFOQUES ECOSISTEMICOS EN SALUD Y LA MEDICINA SOCIAL

PREFACIO (Roberto/Andrés). IDRC

INTRODUCCION (Equipo) COPEH-LAC, ECOSAD, FUNSAD

PROLOGO Asa Cristina Laurel. ALAMES

DEL ENFOQUE ECOSALUD A LA CONSTRUCCIÓN DEL CAMPO DE ECOSALUD Alain Santandreu y Ruth Arroyo. ECOSAD, COPEH-LAC

LA MEDICINA SOCIAL: UNA VISIÓN PANORÁMICA PARA UNA CONVERGENCIA CON EL ENFOQUE DE ECOSALUD Walter Varillas
ECOSAD, COPEH-LAC

ENCUENTROS Y DESENCUENTROS ENTRE LA MEDICINA SOCIAL Y EL ENFOQUE DE ECOSALUD Óscar Betancourt FUNSAD-COPEH-LAC

PROLOGO

Enfrentamos en la actualidad una crisis global financiera, ambiental, alimentaria y social; crisis que se hizo presente con inusitada fuerza a partir de 2008. Cada una de las dimensiones de esta crisis tiene su correlato en la salud de las poblaciones y su impacto no es sólo la suma de efectos de cada dimensión sino que se conforman en un círculo vicioso en el cual cada una refuerza a las otras. Por ejemplo la crisis financiera fomenta la crisis social por la caída de desempleo, empleo precario y depresión del ingreso de los trabajadores. De la misma manera, la crisis ambiental y sus componentes, por ejemplo, la depredación de las mineras con su uso masivo del agua y tóxicos, afectan directa e indirectamente la sobrevivencia humana y de los animales.

La virtud del texto LOS ENFOQUES ECOSISTEMICOS EN SALUD Y LA MEDICINA SOCIAL es que confronta el pensamiento de Ecosalud con el de la Medicina Social o Salud Colectiva latinoamericana en la idea de analizar cómo ambas corrientes se pueden conjuntar o complementar para lograr una mejor comprensión de la situación que están viviendo la humanidad y la tierra.

En esta confrontación se examina en qué coinciden y en qué difieren estas corrientes de pensamiento para encontrar elementos de una fecundación mutua. Este intento tiene posibilidades de ser exitoso ya que la Ecosalud retoma de manera novedosa problemas estudiados por la Medicina Social. De

esta manera indaga la relación entre lo biológico y lo social añadiendo lo “ambiental”; el uso de la transdisciplina como método; la relación entre el investigador y su “objeto de estudio”; la importancia de las relaciones de poder; etcétera.

Sin embargo es necesario advertir que ni el pensamiento de Ecosalud ni el de la Medicina Social son homogéneos; cuestión que el lector se dará cuenta a lo largo de la lectura de los textos. Hay así en los ensayos un cierto “sesgo andino” que no expresa necesariamente las distintas posiciones de la Ecosalud y la Medicina Social.

En este contexto es de subrayar que ambas corrientes parten de la premisa o (hipó) tesis de que nos planteamos problemas que la realidad proyecta, en el entendido de que el punto de partida es distinto según el horizonte de visibilidad adoptado. Es decir, tanto la Ecosalud como la Medicina Social objetan la noción de que el conocimiento es neutral y ofrece soluciones técnico-científicas a los problemas. Ambas asumen la postura de que el conocimiento debe servir para transformar la realidad en consonancia con las necesidades de la mayoría de la población o, si se quiere, de las clases subalternas. A mi parecer empero se diferencian en algunos casos en su concepción sobre quiénes deben participar para llegar a soluciones consensuadas.

Lo ambiental, lo biológico y lo social

Uno de los temas principales de la Medicina Social es cómo conceptualizar la relación entre lo biológico y lo social, entendida ésta como proceso histórico, que dice relación con la determinación del proceso salud-enfermedad. A mi parecer la pregunta de fondo es: ¿Lo biológico es transformado externamente o estamos ante formas históricas de la biología?¹ La segunda proposición tiene muchas evidencias a su favor, particularmente si toma en cuenta la plasticidad que de los seres vivos que contradice la tesis del “steady state” como base del pensamiento fisiológico y biológico. Este planteamiento abriría nuevas perspectivas científicas con el establecimiento de un nuevo paradigma en el sentido profundo de este concepto. Significaría proponer una nueva manera de estudiar lo biológico y las formas de “andar de la vida” en las palabras de Canguilem en su obra *Lo normal y lo patológico*.

Esta proposición podría contribuir a la Ecosalud en su búsqueda de pensar de manera innovadora la relación entre lo social y el “ambiente” y el ecosistema. Plantea la posibilidad de alejarse de la concepción del ambiente “naturalizado”

¹ Para una discusión sobre este tema ver: Rodríguez MI, 1994. *Lo Biológico y Lo Social*. Washington DC; OPS/OMS.

de la Salud Pública y varias corrientes ecologistas y explorar el proceso de constitución o estructuración socio-histórico de la naturaleza. Siguiendo la idea marxista sobre el metabolismo entre el ser humano y la naturaleza en el cual el hombre apropia a la naturaleza en un proceso que transforma a ambos, la naturaleza y el hombre. La historicidad de este proceso está dado por las “necesidades” dominantes en una determinada sociedad o formación socio-económica. Estas “necesidades” son bajo el capitalismo las del capital aunque asumen en cada lugar sus propias formas, por ejemplo la extrema depredación de la naturaleza y de la vida en el patrón de acumulación extractivista cuya ferocidad nos remite al siglo XIX. Tal fue la destrucción de la vida que ha dejado huellas en la literatura como en la obra maestra de Conrad *El corazón de las tinieblas* y a últimas fechas en *El sueño del celta* que además expone la doble moral europea.

En esta línea de análisis habrá que hacer dos acotaciones. La primera se refiere a la idea de que este enfoque es antropocéntrico y omite la naturaleza como tal. Al respecto hay que enfatizar que ningún otro ser vivo tiene la capacidad del ser humano de transformar el medio ambiente, cuestión comprendida por el enfoque ecosistémico. La segunda acotación es que este enfoque tendría que incluir la reflexión y el estudio del significado preciso en término de los procesos biológico y ecológicos. Es decir, este planteamiento no hace superfluo o excluye el estudio bío-ecológico solo ofrece otra manera de abordarlo.

El objeto de estudio y la metodología

La Ecosalud al igual que la Medicina Social se ha planteado, por sus características, la cuestión de la inter-, multi- y transdisciplinariedad. Cuando se quiere estudiar lo biológico y lo “ambiental” en su relación con lo social están necesariamente involucrados varias disciplinas que tienen distintas corrientes en su interior en el caso de lo social. Los obstáculos epistemológicos son más complejos cuando se trata de métodos cuyos procedimientos son opuestos. La biología tiende a hacer recortes cada vez más circunscritos de la realidad, del organismo hasta las estructuras subcelulares o moleculares, mientras que las ciencias sociales estudian los fenómenos en niveles de integración y complejidad mucho más elevados.

Los necesarios recortes de la realidad nos llevan a la cuestión del objeto de conocimiento y luego al objeto de estudio que concierne directamente el papel de las disciplinas en su estudio. Aunque el neopositivismo en las ciencias sociales actualmente intenta acercarse a la formalización reduccionista de las ciencias básicas para poder aplicar la estadística y otras “métricas”, el pensamiento social crítico ha procedido por otros caminos para captar la complejidad de los procesos social. La Medicina Social, el enfoque ecosistémico

y la Ecosalud se adscriben a este procedimiento. Esto se relaciona con la importancia de **construir** un objeto de conocimiento que define el campo que se quiere estudiar.

La construcción de un objeto conjunto de conocimiento permite a los científicos de las distintas disciplinas hacer converger sus conocimientos sobre este objeto, lo que puede llevar a una transdisciplinariedad, por así decirlo, “consensuada”. Hay que recordar que las disciplinas son una construcción de los científicos y las instituciones académicas lo que implica que son una convención. Es más, como se expone en este libro, la división de las ciencias sociales en varias disciplinas puede facilitar la profundización de temáticas específicas (economía, ciencias políticas, sociología, etcétera) pero pierde de vista las complejidades de lo social-histórico. Por otra parte un ejercicio sistemático de la Ecosalud en la exploración de su objeto de estudio construido podría eventualmente llevar a su constitución como disciplina.

En el primer capítulo el libro se expone la influencia de la teoría de sistemas y la teoría de los sistemas complejos en el pensamiento de la Ecosalud. Hay básicamente dos argumentos a favor de su utilización. Uno es que la investigación sobre las relaciones entre lo biológico y lo social se mueve en un terreno donde hay una indeterminación por falta de conocimiento lo que aconseja generar conocimiento de mediano alcance sobre temas específicos sin pretender establecer una teoría totalizadora. El otro arguye que es importante la participación de los directamente involucrados al problema a estudiar que permite la inclusión de otros saberes en la exploración de la realidad a transformar. En esta concepción la transdisciplinariedad tiene como característica necesaria la participación comunitaria que facilitaría llegar a intervenciones exitosas. Este planteamiento concierne directamente la relación entre el/la investigador y su objeto de estudio.

La relación entre el investigador y su “objeto de estudio”

Inicialmente es necesario señalar que el/la investigador social nunca es ajeno al contexto en que investiga ya que también forma parte de la sociedad; hecho que dificulta la objetividad de la investigación social. Bordieu propone como solución a este dilema que el/la investigador explicita su postura ideológica que además determina las preguntas que se hace e investiga desde un determinado “horizonte de visibilidad”. Con este punto de partida la ética científica obliga luego a conducir la investigación con honestidad intelectual.

Una de las experiencias más exitosas en el ámbito de salud que invierte el papel de los saberes en la exploración de la realidad es el llamado Modelo Obrero. Este fue elaborado por psicólogos y sindicatos obreros en Italia en los

años 60 y 70 y retomado en estudios de la Medicina Social. Sostiene que solo los obreros involucrados pueden conocer el proceso de trabajo y los daños a la salud que ocasiona. Según sus formuladores, se trata de "reapropiar los modelos científicos" dominantes y "recuperar la experiencia obrera" como fuente de conocimiento. Lo más notable de este modelo fue que permitió a decenas de miles de trabajadores involucrarse en el estudio de sus centros de trabajo, descubrir relaciones no reconocidas ni estudiadas y plantear soluciones concretas. Fue un proceso masivo solo posible por el poder real de los trabajadores ante los empresarios y en la sociedad, logrado a través de su movilización.

Sin embargo, cuando la movilización decayó ante la contraofensiva del capital, que esencialmente consistió en el despido masivo por la introducción de nueva tecnología, la fuerza de este modelo se menguó. En la idea de que "el hacer es conocer y el conocer es hacer, se salta el nexo fundamental de la dialéctica entre teoría y práctica" en palabras de Cini. La ausencia de momentos de teorización de lo específicamente "otro" de la experiencia obrera se perdió en un proceso que además resultó obsoleto al cambiar vertiginosamente el proceso de trabajo sobre el que se había gestado.

Las enseñanzas que el Modelo Obrero nos deja son muchas. Entre ellas quiero resaltar dos. La primera es que los saberes legos son frágiles al erigirse sobre experiencias vividas concretas y no pueden ser generalizadas a menos de que se extraiga sistemáticamente lo general de lo particular, o sea se pasa por el momento de la teorización y rearticulación del conocimiento como el momento específico de hacer ciencia. La segunda es que el horizonte de visibilidad desde donde se formulan las preguntas determina el conocimiento que se genera.

Estas dos enseñanzas vienen al caso por la posible fragilidad de la teoría de los sistemas complejos, referencia metodológica de la Ecosalud, que puede acercarse al relativismo metodológico e histórico de boga en el pensamiento antropológico y promovido en la epistemología por Morin. Han profundizado en el primer problema Doyal y Gough en su libro *Teoría de las necesidades humanas* y respecto al segundo, Rolando García en su texto de *Sistemas Complejos* que ambos son de suma relevancia para el tema de este libro al precisar los dilemas que plantean.

Las relaciones de poder

Las relaciones de poder que se establecen a distintos niveles de la sociedad, en lo local, lo nacional y en el Estado, resultan cruciales para la investigación que busca generar conocimiento para la acción o la transformación como es el caso de la Ecosalud. Es más, la Ecosalud reivindica la acción como su principal objetivo por encima de la mera generación de conocimiento o el desarrollo

teórico-metodológico. Resulta interesante constatar que ha encontrado más resonancia y posibilidades de llevar adelante sus propósitos al nivel local, donde ha podido involucrar a una variedad de actores y lograr consensos entre ellos.

En cuanto a las políticas públicas ambientales y de salud a nivel nacional se ha encontrado con más dificultades probablemente por una diferenciación más clara de los poderes económicos y políticos. Esto plantea la necesidad de realizar un análisis más preciso de las estructuras de poder para discernir la manera de incidir en la toma de decisiones. La literatura de Medicina Social puede contribuir a esta tarea ya que existe mucho escrito sobre este tema en América Latina, tanto sobre las características de las actuales políticas públicas neoliberales como sobre experiencias de formulación e instrumentación de políticas progresista nacionales y de los gobiernos locales. La Medicina Social también ha presentado evidencias derivadas de la investigación-acción, por ejemplo en el uso del Modelo Obrero. Estos estudios generalmente exponen la ruta de las transformaciones y los obstáculos que se han encontrado. Es decir, intentan explicar los procesos incluyendo un análisis de los intereses de los actores y la conformación específica de las estructuras de poder.

Es particularmente interesante el caso brasileño debido a que el movimiento sanitario se propuso en su inicio "ocupar espacios en el Estado" para promover sus propuestas aun sabiendo que el gobierno de este país estaba instrumentando políticas públicas neoliberales en varios terrenos.

A mi parecer este tipo de análisis es necesario para extender y diversificar las estrategias de acción y transformación y comprender cuáles son las fuerzas y sus intereses respecto a los temas abordados.

México DF, enero de 2013

Asa Cristina Laurell

DEL ENFOQUE ECOSALUD A LA CONSTRUCCIÓN DEL CAMPO DE ECOSALUD

Alain Santandreu y Ruth Arroyo
ECOSAD, COPEH-LAC

Los puentes entre salud, ambiente y sociedad

En los últimos años, la forma cómo comprendemos la relación de las personas con el ambiente y la salud está cambiando. Diversos grupos de investigadores, movimientos sociales e instituciones de todo tipo vienen promoviendo enfoques, metodologías, y programas *glocales* (globales y locales) (Granda, 2009) que buscan incidir tanto en la formulación y la gestión de las políticas como en los conceptos y métodos utilizados en las intervenciones. Una enorme confluencia de visiones, intereses y actores han dado origen a una nueva forma de pensar y actuar en la relación salud, ambiente y sociedad.

Desde la década de 1970 se evidencia una creciente preocupación por articular en forma más efectiva el ambiente, la sociedad y salud, tanto a nivel del Sistema de Naciones Unidas como en el ámbito académico (en ciencias sociales, ambientales, ecología, veterinaria y salud), en algunos decisores políticos (especialmente de escala local), en líderes comunitarios y en los movimientos sociales nacionales y globales como el ambientalismo y el de la Medicina Social o Salud Colectiva.

Los resultados de las Conferencias de Alma-Ata (URSS, 1978) y el trabajo de la Comisión Mundial de Medio Ambiente y Desarrollo (CMMAD) de las Naciones Unidas (1984) y, en especial, su informe Nuestro Futuro Común o Informe Brundtland (en honor a Gro Harlem Brundtland su redactora principal) publicado en 1978, comenzaron a colocar en la agenda global la necesidad de articular ambiente, sociedad y salud.

Entre 1986 (Ottawa) y 2005 (Tailandia), seis conferencias internacionales de la Organización Mundial de la Salud, OMS, centraron su preocupación en la **prevención y promoción de la salud**, concebida como pieza clave de la agenda de desarrollo mundial y, dos declaraciones (1989 y 1998) instaron a los estados miembros a elaborar estrategias y a fortalecer las capacidades nacionales para el fomento y la educación para la salud como elemento esencial de la atención primaria de salud, girando el eje de las actividades de capacitación, educación y difusión a actividades que aborden en forma clara los determinantes sociales para favorecer la salud humana. Los determinantes

sociales irrumpieron formalmente en 2008 en el informe de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud que fuera ratificado, un año más tarde, en la Asamblea Mundial de la Salud de OMS que instó (una vez más) a los estados miembros a reducir las inequidades sanitarias, actuando sobre los determinantes sociales de la salud, incorporando por primera vez este concepto como parte de la agenda global. Sin embargo, aun con este esfuerzo desde la salud, debemos reconocer que no está claro el intento de articulación con los determinantes ambientales.

Por otro lado, las conclusiones del Informe Brundtland publicadas en 1987, colocaron por primera vez en la agenda global los vínculos entre desarrollo y sustentabilidad, acuñando el concepto **desarrollo sustentable**. Este concepto colocó en el centro del debate la necesidad de garantizar el desarrollo actual sin comprometer el de las futuras generaciones incorporando, a su vez, la noción de límites al desarrollo junto a la idea que el crecimiento económico es posible de la mano de cambios tecnológicos y en la organización social y la capacidad de la biósfera de absorber los efectos de las actividades humanas. Si bien diversos autores (Left, 2004), (Naredo, 1996), (Martinez Alier, 2010), (Gudynas, 2004a) y buena parte de los movimientos ambientalistas a nivel internacional han alertado sobre la generalidad de sus postulados, el carácter difuso del concepto, el problema de las concesiones hacia la economía, las dificultades de medición y el uso fragmentado de la definición clásica, la noción de desarrollo sustentable inspiró una nueva forma de ver las relaciones entre el ambiente y los sistemas sociales. El debate sobre la existencia de un desarrollo sustentable débil, uno fuerte y uno superfuerte (Gudynas, 2004b) y la necesidad de diferenciar crecimiento de desarrollo, entendiendo que el crecimiento no puede ser sostenido en un planeta finito ejemplifica las diversidad de aproximaciones que existen en relación al concepto, pese a que es posible alcanzar mayores niveles de desarrollo antes de enfrentar límites ambientales (Meadows, 1997), (Constanza & Daly, 1992)

Desde la Conferencia de Estocolmo en 1972 donde apareció por primera vez el ambiente como un tema de la agenda global, pasando por la Cumbre de la Tierra, celebrada en Río de Janeiro en 1992, hasta la Cumbre de Desarrollo Sostenible celebrada en 2002 en Johannesburgo (también conocida como Río+10), los temas de salud han ido ganando espacio en la comprensión ambiental de los problemas del planeta, con una mirada antropocéntrica que colocaba a los seres humanos como el centro de la preocupación del desarrollo sustentable. La Agenda 21, aprobada en Río en 1992, incluyó un capítulo entero sobre la protección y promoción de la salud en sintonía a los esfuerzos que venía realizando la OMS para colocar estos aspectos en la agenda global, destacando la conexión que existe entre la pobreza y la falta de desarrollo, por

un lado, entre la protección del ambiente y el manejo de los recursos naturales, por otro. Diez años después, en 2002 la Cumbre de Desarrollo Sostenible de Johannesburgo incorporó como una de sus cinco prioridades el vínculo entre salud y el ambiente (Lebel, 2005).

En 2000, la Cumbre del Milenio aprobó la Declaración del Milenio que comprometió a los países a reducir la pobreza, estableciendo objetivos de desarrollo al 2015. Los **Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)**, aprobados en 2005, incluyeron metas concretas en salud, erradicación de la pobreza y mejora del ambiente, reafirmando la importancia de articular estas tres dimensiones del desarrollo como parte de una estrategia de sustentabilidad global. El esfuerzo por diseñar un nuevo escenario global post 2015 orientado a formular Objetivos de Desarrollo Sustentable, como resultado de Río+20, marca la orientación de los organismos internacionales para las próximas décadas.

Más recientemente, la necesidad de construir evidencia científica y social sobre el estado de los ecosistemas y su papel clave como soporte para la vida cobró nuevo impulso, motivado tanto por las alertas tempranas emitidas por científicos y activistas ambientales como por las declaraciones emanadas por las diversas conferencias y reuniones globales. Como resultado, más de 1.300 científicos de todo el mundo promovieron entre 2001 y 2005 la **Evaluación de los Ecosistemas del Milenio (EEM)** que concluyó con una serie de informes que alertaron sobre el estado de deterioro de los principales ecosistemas y sus consecuencias para la sustentabilidad del planeta, incluidos los aspectos de salud de las personas (Corvalán, Hales, & Mc Michael, 2005).

Con antecedentes que se remontan a los trabajos de Rudolph Virchow y William Osler, el concepto **OneHealth** (Una Salud) se relanza con Calvin Schwabe a partir de 1984 como un movimiento de veterinarios y médicos, alcanzando proyección internacional a partir de los años 2000, año en el cual se acuña el concepto "Un Mundo, Una Salud". Esta reactivación se debe a la preocupación global por el incremento de enfermedades infecciosas emergentes, particularmente de origen zoonótico, intentando vincular la salud humana, la salud animal y la evolución de los ecosistemas (Frank, 2008), (Waltner-Toews, 2009).

En 2004, la *Wildlife Conservation Society* organizó un simposio internacional para identificar los principios que contribuyesen a "**crear puentes interdisciplinarios para la salud en un mundo globalizado**" (Wildlife Conservation Society, 2004). Los esfuerzos por fortalecer este concepto continuaron en diversas reuniones como la de Bangkok (World Conservation Congress, 2004),

China (World Conservation Workshop, 2005) y Brasil (Wildlife Conservation Society, 2007) que derivaron en una conferencia internacional ministerial en New Delhi (2007), alentando a la comunidad internacional a desarrollar una estrategia de medio término para abordar las enfermedades infecciosas emergentes, tomando como base las experiencias derivadas de la pandemia de H5N1. En 2008, un documento estratégico elaborado por seis agencias de cooperación multilateral y del Sistema de Naciones Unidas (FAO, OMS, OIE, UNICEF, UNSIC y WB) se orientó a reducir el riesgo de enfermedades infecciosas en la interface animal-humano-ecosistema implementando una agenda de reuniones y debates que continúa hasta hoy. Sin embargo, aun cuando postula y aboga de manera explícita por el trabajo participativo e interdisciplinario, el concepto **Una Salud** sigue priorizando un enfoque positivista especializado y cuantitativo en el acercamiento de la problemática a nivel local. La reflexión epistemológica llevada a cabo en las diversas disciplinas complementarias o similares no se ha llevado a cabo de manera tan sistemática ni profunda en el marco de Una Salud.

Por esto, si bien puede apreciarse un importante avance en la búsqueda por articular a nivel internacional la agenda ambiental con la de salud, incluyendo el vínculo entre la salud animal y la humana, *"el Reglamento Sanitario Internacional de la OMS (WHO 2005) y la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CSDH 2008) sólo refieren periféricamente a las contribuciones de los ecosistemas para la salud, a pesar de su inclusión como parte de los ODM y los enlaces realizados en el EEM"* (D. Charron, 2012).

La evolución de los enfoques ecosistémicos para la salud

A nivel global, las nociones de ecología, naturaleza, ambiente y ecosistema están sujetos a debate. Fritjof Capra, tomando prestada la idea de ecología profunda formulada por el ecólogo social Arne Naess, avanza en reconocer la interdependencia cíclica que existe entre los seres vivos (incluido el ser humano) y la naturaleza, indicando que *"La percepción desde la ecología profunda reconoce la interdependencia fundamental entre todos los fenómenos y el hecho de que, como individuos y como sociedades, estamos todos inmersos en (y finalmente dependientes de) los procesos cíclicos de la naturaleza"* (Capra, 1996). Para Capra –al igual que para Naess- existe una ecología superficial a la que califica como antropocéntrica y fragmentada que ve a los objetos y a los seres vivos en forma aislada, frente a una visión integradora y profunda que reconoce el valor intrínseco de todos los seres vivos incluida la especie humana definida como "una mera hebra de la trama de la vida". Si bien sus textos no refieren específicamente a la salud, su reflexión presenta una forma singular de percibir y valorar a la naturaleza, que

abona un debate más amplio sobre la definición y los diversos usos que tienen los enfoques ecosistémicos, en general y para la salud en particular.

Por otra parte, la idea misma de naturaleza se encuentra en debate, tanto en lo que refiere al concepto como al proceso histórico de construcción de dicho concepto que, para diversos autores, resulta determinante al momento de comprender las formas actuales cómo se conceptualizan las nociones de ambiente y ecosistema. Para Gudynas, la idea del positivismo, que asocia progreso a crecimiento, y éste a consumo y desarrollo traza una línea entre quienes conciben a la naturaleza como un conjunto de bienes y servicios a ser utilizados por la especie humana y entre quienes ven a la naturaleza como un patrimonio común a todas las especies, y sobre la que todos tienen derecho de uso. Este debate esbozado líneas arriba, refuerza la idea de “cesta de recursos” con la que algunas corrientes filosóficas y, sobre todo económicas, ven a la naturaleza (Gudynas, 2004c). La preocupación del historiador ambiental Donald Worster, por la separación entre ciencia y conciencia ambiental, nos alerta sobre la necesidad de mirar el mundo desde una perspectiva integradora, asumiendo que *“cualquier intento de divorciar a la naturaleza del resto de las condiciones humanas conduce a una doctrina de alienación, en la que la ciencia debe ocupar un domino, y la conciencia histórica y social, otro distinto”* (Worster, 2008).

El concepto de ecosistema, inicialmente formulado por Arthur Tansley en 1935, incluyó claramente al ser humano, considerado como una especie con la capacidad de destruir y crear nuevos ecosistemas (como por ejemplo los urbanos) (Gudynas, 2004b). En el capítulo dedicado al deterioro de los ecosistemas y de la biodiversidad y sus implicaciones para la salud humana publicado en el libro sobre determinantes sociales y ambientales de la salud editado por OPS, se presentan diversas posiciones. Mientras algunas incluyen solo la interacción entre la comunidad natural y su ambiente físico, otras articulan el entorno geográfico de los organismos (incluido el ser humano), el ambiente y los procesos que controlan su dinámica, considerando que *“el ambiente abarca las condiciones biológicas, químicas, físicas, y sociales que rodean a los organismos. Por lo cual el término ambiente debería especificarse como biológico, químico, físico y/o social según se requiera”* (Riojas-Rodriguez & Romero-Franco, 2010) y en un sentido similar *“Medio Ambiente se utiliza en un sentido más general para referirse al entorno de una persona u objeto, hogar o comunidad. Los ecosistemas se refiere a una unidad funcional que abarca la dinámica entre las plantas, los animales (incluyendo humanos), los microorganismos y su entorno físico”* (D. F. Charron, 2012).

Utilizar enfoques ecosistémicos para abordar realidades complejas no es reciente, aunque la comprensión del concepto y de su uso varían, dependiendo del actor y el contexto en el que se utilicen. Según Webb *"Parece ser que el término "enfoque por ecosistemas" fue utilizado por primera vez en 1978, en un informe del Consejo Asesor de Investigación de la Comisión Mixta Internacional de los Grandes Lagos, que argumentó que el agua no se podía controlar adecuadamente sin considerar un ecosistema más amplio y las interacciones hombre-medio ambiente"* (Webb et al., 2010), recibiendo un impulso en la política global a partir de la Comisión de Desarrollo Sostenible en 1987 (Andrade, Arguedas, & Vides, 2011). La Agencia de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) asocia el concepto al de servicios ecosistémicos, entendiéndolo como una estrategia para *"ordenar en forma integrada la tierra, el agua y los recursos vivos que promueve la conservación y el uso sostenible de manera equitativa"* (FAO, n.d.). Por su parte, la Unión Mundial para la Naturaleza (UICN) partiendo de una definición similar a la de FAO, y en sintonía con los 12 principios derivados del Convenio de Diversidad Biológica, se ha mostrado más preocupada por la operatividad el enfoque formulando cinco pasos (Shepherd, 2006) y orientaciones para su aplicación y monitoreo (Andrade et al., 2011), considerando el análisis de diversos casos latinoamericanos en los que el concepto ha sido utilizado (Andrade, 2007).

La literatura reconoce dos grandes formas de vincular salud, ambiente y sociedad (Freitas, 2007; OPS, 2009) desde una perspectiva de enfoques ecosistémicos. Mientras que el **enfoque de la salud de los ecosistemas** es visto como *"una nueva frontera que integra la ecología, la economía, las ciencias de la salud y muchos otros campos, ampliando el concepto de "salud" de un enfoque tradicional a nivel del individuo (medicina clínica) y la población (salud pública) a las funciones y estructura del ecosistema como un todo"* (D. Rapport, Hildén, & Weppling, 2000), el **enfoque ecosistémico para la salud humana** *"conecta formalmente las ideas de los determinantes ambientales y sociales de la salud con los de los ecosistemas y los sistemas de pensamiento en un marco de acción-investigación aplicada sobre todo en un contexto de desarrollo social y económico"* (D. F. Charron, 2012).

La identificación de ambas perspectivas permite pensar en la necesidad de avanzar en la construcción de un Campo de Ecosalud que trascienda los enfoques, abordajes y metodologías específicas o reduccionistas, en un esfuerzo para potenciar, aún más, el diálogo, las complementariedades y las sinergias desatadas hasta la fecha.

Los abordajes de la salud de los ecosistemas

Los trabajos pioneros sobre **salud de los ecosistemas** promovidos desde la Sociedad Internacional para la Salud de los Ecosistemas (ISEH por sus siglas en inglés) creada en 1992, veinte años después de la Conferencia de Estocolmo (1972), alertaron sobre la necesidad de mejorar la comprensión de los vínculos que existen entre la actividad humana, los cambios ecológicos y la salud humana. Con el paso del tiempo, la preocupación inicialmente filosófica giró hacia los métodos de evaluación de la calidad de los ecosistemas y la salud, hacia una re conceptualización del papel de los valores humanos, en la forma cómo se comprenden y valoran los ecosistemas y las relaciones sociales que en ellos se desarrollan y a una revalorización del papel de los casos concretos como fuente de conocimiento (D. Rapport et al., 2000), (De Freitas, Oliveira, Schütz, Freitas, & Camponovo, 2007), (De Freitas, 2009).

Para Rapport y otros *“La noción de “salud” ha sido utilizada generalmente para referirse a la vitalidad de las personas y, más recientemente, de las poblaciones (humanos, animales domésticos y animales salvajes). La extensión del concepto de salud para describir los ecosistemas regionales es una respuesta a la evidencia acumulada de que los ecosistemas dominados por el hombre se han vuelto muy disfuncionales. La ampliación del concepto de salud a nivel regional (ecosistemas, cuencas hidrográficas, cuencas y paisajes) ofrece nuevas oportunidades para integrar los aspectos sociales, naturales y de las ciencias de la salud. Lo que se necesita son métodos para identificar y evaluar las causas y las posibles soluciones de dichas disfunciones”* (D. J. Rapport, Costanza, & McMichael, 1998).

Para Freitas (2007) y reconociendo que éste es un aspecto en debate (D. Rapport et al., 2000), el enfoque de salud del ecosistema busca transformarse en una ciencia que integre las ciencias naturales (dimensión biofísica), las ciencias sociales (dimensión socioeconómica) y las ciencias de la salud (ciencias humanas de salud). Parte por diagnosticar las disfuncionalidades de los ecosistemas a través del monitoreo de signos e indicadores que permitan identificar riesgos asumiendo la existencia de ecosistemas saludables (deseables) y no saludables (indeseables), para luego ofrecer opciones de cambio en las condiciones de los ecosistemas focalizando en las estrategias preventivas que eviten pérdidas económicas, riesgos para la salud y conflictos sociales derivados de la degradación ambiental (De Freitas, 2009).

El enfoque de salud de los ecosistemas considera cuatro dimensiones y ocho atributos, *“La primera dimensión es biofísica que evalúa las estructuras y las funciones de los ecosistemas (ciclos de nutrientes, flujos de energía, y la diversidad de especies y hábitats, entre otros). La dimensión socioeconómica*

pone énfasis en las diferencias en la productividad y capacidad de los ecosistemas y la valorización de los servicios de los ecosistemas para las poblaciones y sus repercusiones en las políticas económicas. La dimensión de la salud humana que busca establecer un nexo causal entre el desequilibrio en el estado de salud de los ecosistemas, las enfermedades y los riesgos para la salud humana. La dimensión espacio-temporal considera las diferentes respuestas a las múltiples formas de estrés ambiental que producen cambios complejos con un efecto acumulativo y/o sinérgico que puede poner en peligro la propia viabilidad de los ecosistemas a nivel local y/o global" (De Freitas et al., 2007)(traducción del inglés de los autores).

En cuanto a sus atributos, el enfoque sugiere ocho criterios o indicadores para la salud de los ecosistemas que son aplicables a la integración de las dimensiones antes mencionadas. *"Los tres primeros criterios (vigor, capacidad de recuperación, y organización) se consideran los componentes principales de la salud del ecosistema (estructura y funciones) y se caracterizan por su origen predominantemente biológico. Los otros criterios representan la gestión, la planificación y la capacidad de sostenibilidad de las medidas de mitigación y compensación adoptadas por la sociedad para situaciones de daño ambiental" (De Freitas et al., 2007).*

Este enfoque de salud de los ecosistemas, en su esfuerzo por integrar las ciencias, asume dos perspectivas que dialogan e interactúan en forma permanente. La científica que busca determinar cómo funcionan los ecosistemas analizando las formas de funcionamiento a partir del uso de indicadores cuantitativos y multidisciplinarios, y una valorativa que considera los valores, intereses y derechos de las personas y las comunidades que, a partir del monitoreo de indicadores, permite evaluar la salud del ecosistema pensando en escenarios futuros derivados del comportamiento actual (D. Rapport et al., 2000), (De Freitas et al., 2007), (De Freitas, 2009).

Existe un interesante debate sobre la salud de los ecosistemas desde una perspectiva de economía ecológica que enfatiza la necesidad de mejorar la comprensión de la estructura, organización y función de los ecosistemas, enfatizando en sus vínculos ecológicos, biológicos y sociales (Constanza & Daly, 1992) pero que parecería haber perdido el ímpetu que los vinculaba a la reflexión sobre la salud de las personas.

Los abordajes ecosistémicos para la salud humana

En otra línea de pensamiento, diversos trabajos pioneros, como los de Forget y Lebel (Forget & Lebel, 2001) mostraron la necesidad de construir una

aproximación ecosistémica para abordar la salud humana, sugiriendo la necesidad de cambiar el paradigma clásico de investigación (e intervención) por uno basado en un abordaje sistémico, un proceso de investigación transdisciplinaria y el reconocimiento de la importancia de la participación social en los procesos de investigación-acción. Con la publicación en 2003 del libro *Salud un enfoque Ecosistémico* (2005, primera edición en castellano) Jean Lebel popularizó el concepto de Enfoque Ecosalud casi como sinónimo del **enfoque ecosistémico para la salud humana**, ejerciendo una notable influencia en la comunidad de investigadores y otros actores interesados en esta temática en América Latina y El Caribe.

En su texto, luego de mostrar los límites del abordaje biomédico, Lebel postula la necesidad de analizar en forma igualitaria la salud de los ecosistemas y la salud de las personas, mostrando la importancia de ir más allá del estudio de parámetros biofísicos. Esta primera visión, que asume un enfoque antropocéntrico y una orientación clara hacia los investigadores y científicos, contribuyó significativamente a desarrollar el pensamiento ecosistémico para la salud, mostrando con ejemplos prácticos en minería y agricultura la importancia de articular las esferas del ambiente, la sociedad y la economía en inter fase con la salud. Al decir de Lebel *"Para aquellos con una visión holística, la humanidad, con sus aspiraciones y su universo cultural, social y económico, está en el centro del ecosistema, con una posición igual a la de los parámetros biofísicos"* (Lebel, 2005). La imagen de las tres esferas yuxtapuestas formando en el centro un nuevo espacio de la salud, permitió graficar con claridad las ideas fuerza del enfoque.

La forma de construcción de nuevo conocimiento en el enfoque, fuertemente basada en el análisis de los aprendizajes de los resultados de las investigaciones, motivó al Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo (IDRC por sus siglas en inglés) a revisar el estado del arte a casi una década de publicado el libro de Lebel, dando origen a uno nuevo texto editado por Dominique Charron que reformula los 3 pilares (transdisciplinariedad, participación y equidad) (Lebel, 2005) en 6 principios organizados en términos de proceso (pensamiento sistémico, investigación transdisciplinaria y participación social) y de objetivos de las intervenciones con Enfoque Ecosalud (equidad social y de género, sustentabilidad social y ambiental y acercamiento de la brecha entre investigación y acción)(D. F. Charron, 2012).

Para Charron la evolución del Enfoque Ecosalud surgió, *"en buena medida, como respuesta al interés y la preocupación de diversos investigadores interesados en superar las limitaciones teórico-conceptuales y metodológicas*

propias de los modelos de investigación tradicional y de los abordajes casi exclusivamente sanitarios y sociales de los problemas de salud que olvidaban la mirada ecosistémica" (D. Charron, 2012), y dejaban de lado los determinantes sociales y ambientales como parte de la explicación del proceso salud-enfermedad.

Los diálogos con otros enfoques, sobre todo, el análisis crítico de los aprendizajes teórico-conceptuales y metodológicos derivados de las investigaciones concretas, resultan claves en el avance de la reflexión tanto del Enfoque como para la construcción del Campo de Ecosalud. Los avances realizados desde el Enfoque Ecosalud por diversos autores (Ministerio de Salud de Perú, 2002), (Ministerio de Salud de Perú, 2011), (Barraza, Jansen, Van Wendel de Joode, & Wesseling, 2011), (Riojas-Rodríguez & Rodríguez-Dozal, 2012), (Davée Guimaraes & Mergler, 2012), (Betancourt, Davée Guimaraes, Cueva, & Betancourt, 2012), (Monroy et al., 2012) y (Díaz, 2012), por citar solo algunos ejemplos, muestran la importancia que tienen en el análisis de la salud humana, la interacción e interdependencia de los sistemas sociales y los ecológicos a partir de una mirada sistémica, de complejidad e incertidumbre. Alertando, al mismo tiempo, sobre el desafío de construir conocimiento socialmente relevante en forma colaborativa y transdisciplinaria a partir de procesos participativos e intersectoriales, que articulan distintos sistemas de conocimiento a la acción transformadora.

La preocupación del IDRC por la promoción del enfoque Ecosalud a través de un programa específico y el apoyo sostenido a proyectos de investigación a nivel global, y más recientemente orientados a la consolidación del campo de Ecosalud, llevó a que muchos investigadores asocien este enfoque al IDRC. Sin embargo, el surgimiento de la noción de **Campo de Ecosalud** como un espacio que abarca diversos enfoques ecosistémicos para la salud humana y que dialoga con el enfoque de salud de los ecosistemas (Bunch, Morrison, Parkes, & Venema, 2011), parecería estar abriéndose camino a la luz de un intercambio fructífero entre el Enfoque Ecosalud y otros abordajes como el eco-bio-social o el de nuevas metodologías como la AMESH.

La construcción de un Campo de Ecosalud debería articular, entonces, una gran diversidad de enfoques, métodos y marcos conceptuales que buscan mostrar los vínculos que existen entre las determinantes sociales y ambientales, también denominadas factores determinantes (Forget & Lebel, 2001); y la salud de las personas (Forget & Lebel, 2001), (Lebel, 2005), (Waltner-Toews & Kay, 2005), (D. F. Charron, 2012); de los ecosistemas (D. Rapport et al., 2000), (De Freitas et al., 2007); y, más

recientemente, de los animales (Waltner-Toews, Neudoerffer, Joshi, & Tamang, 2005), (Frank, 2008), (Waltner-Toews, 2009).

A partir de la investigación con Enfoque Ecosalud en enfermedades transmitidas por vectores (ETV) como el dengue y del diálogo con la salud de los ecosistemas promovido por Rapport y sus colaboradores, un grupo de investigadores vinculados a la iniciativa de investigación del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y al IDRC, se encuentran desarrollando un nuevo marco conceptual denominado **Eco-Bio-Social**, basado en el abordaje integrado de los factores ecológicos, biológicos y sociales para el análisis de un problema particular, en un determinado contexto territorial y ecosistémico y con una organización social y cultural específica.

La versión clásica del marco conceptual Eco-Bio-Social, aplicado especialmente a las enfermedades transmitidas por vectores, comprende lo **Ecológico**, que incluye el clima (lluvia, humedad y temperatura) y el entorno ecológico natural y antropogénico (incluyendo el medio ambiente urbano y agrícola); lo **Biológico**, que incorpora a los factores relacionados al comportamiento del vector y a la dinámica de transmisión de la enfermedad asumiendo que los dominios ecológico y biológico se encuentran unidos por la ecología de la población de vectores; y lo **Social** a una serie de factores que incluyen el control de vectores; el contexto político (por ejemplo, vinculado a las reformas del sector salud); los servicios públicos y privados vinculados al saneamiento, la recolección de residuos y el suministro de agua; eventos macro sociales tales como el crecimiento demográfico y la urbanización y el conocimiento, las actitudes y las prácticas de la comunidad y el hogar.

Inicialmente el marco conceptual Eco-Bio-Social articuló la noción de salud de los ecosistemas (D. Rapport et al., 2000) con los pilares del Enfoque Ecosalud (Lebel, 2005), a partir de la articulación de los factores ecológicos, biológicos y sociales graficados con base a tres esferas superpuestas, que en el centro forman un campo común que representa el foco de la intervención, por ejemplo el dengue (Tana et al., 2012). Sin embargo, como la construcción del marco conceptual Eco-Bio-Social parecería obedecer a la conceptualización que desarrollan los investigadores en proyectos concretos, las tres esferas también han sido interpretadas como Eco-Biológica, Comunitaria y Política-Económica (Caprara et al., 2009), mostrando una mayor aproximación al abordaje inicialmente propuesto por Lebel (2005) para el Enfoque Ecosalud. Sin embargo, otros investigadores han realizado aproximaciones desde lo ecológico, lo social y cultural a partir de un interesante análisis desde las metodología etnografía (Suárez, González, Carrasquilla, & Quintero, 2009) La

incorporación en el marco conceptual de los factores comunitarios y político-económicos, por una parte y los socio-culturales por otra, tiende puentes con la preocupación por la incidencia política expresada por el Enfoque Ecosalud, separándose de la visión clásica contenida en la triada ecológica de Leavell y Clark.

Aunque sin referirse en todos los casos y en forma explícita a las determinantes sociales y ambientales de la salud, los trabajos sobre dengue muestran un esfuerzo por construir una mirada desde lo ecológico, lo biológico y lo social, con énfasis que van desde la ecología de los vectores (Tana et al., 2012)(Sommerfeld & Kroeger, 2012), (Arunachalam et al., 2010),(Quintero, Carrasquilla, Suárez, González, & Olano, 2009) pasando por la caracterización de los comportamientos sociales y culturales (Suárez et al., 2009) hasta el análisis de la incidencia de los contextos políticos en la búsqueda de soluciones a los problemas de dengue(Caprara et al., 2009).

Promovido por David Waltner-Toews y James Kay la **metodología AMESH** (*Adaptive Methodology for Ecosystem Sustainability and Health*) o Metodología Adaptativa para la Sostenibilidad de los Ecosistemas y la Salud, buscó construir un nuevo marco metodológico orientador de las intervenciones al indicar que *"Un enfoque adaptado de los ecosistemas hacia la sostenibilidad y la salud supone que una sociedad sustentable se mantiene en el contexto de un sistema ecológico más amplio del que forma parte"* (Waltner-Toews & Kay, 2005). Sin embargo, y pese a la preocupación de sus creadores, su mayor desarrollo se centró en los aspectos ecosistémicos que en los de salud.

Los trabajos pioneros de Kay iniciados en 1994 habían desarrollado el denominado "esquema diamante" que buscaba facilitar la toma de decisiones en escenarios socio ecológicos complejos e inciertos. Para Kay *"El diamante en el ´esquema diamante´ era el nexo en donde la comprensión ecológica y las preferencias socioculturales se encontraban e interactuaban con los responsables y los decisores políticos"* (Waltner-Toews & Kay, 2005). Con base a las investigaciones realizadas por una red de investigadores en Nepal, Kenia, Perú y Canadá y a los aprendizajes de la aplicación por más de 10 años del esquema de diamante, los autores formularon AMESH como una metodología para la investigación y gestión de proyectos con enfoque Ecosalud.

AMESH describe los procesos metodológicos en términos de conjuntos de actividades. Define cuatro principios rectores, en lugar de acciones prescriptivas, que parten de reconocer, desde una perspectiva de complejidad (descrita a partir de la auto-organización de los holones entendidos como sistemas que son a la vez el todo y una parte), la existencia de procesos de

retroalimentación jerárquica entre distintas escalas de intervención (para lo cual utiliza la noción de holarquías anidadas) que comprometen nuestra capacidad de predicción, obligándonos a utilizar un pluralismo metodológico que permita incorporar las múltiples perspectivas de los actores que hacen parte de los procesos. Pareciera ser que una de las principales contribuciones de AMESH a la construcción del Campo de Ecosalud son el fuerte énfasis colocado en el análisis de los sistemas complejos e inciertos, la capacidad de auto-organización y resiliencia de los sistemas sociales y ecológicos, la noción de holarquías anidadas en constante interacción, la valoración de las diversas formas de conocimiento y de los relatos como método y la participación de los investigadores y las demás actores locales en los proceso de investigación/gestión.

La humanidad es una gran fuerza en el cambio global y en la dinámica de los ecosistemas, desde las formas de ambientes locales hasta la biosfera como un todo. Al mismo tiempo, las sociedades humanas y las economías a nivel mundial están interconectadas y utilizan los servicios que brindan los ecosistemas. Cada vez más, está claro que los patrones de producción, consumo y bienestar desarrollan no sólo las relaciones económicas y sociales dentro de y entre las regiones, sino también dependen de la capacidad de los ecosistemas de otras regiones para sostenerlas (Folke, Pritchard, Berkes, Colding, & Svedin, 2007).

Por lo tanto, es un gran desafío desarrollar sistemas de gobierno que hagan posible relacionar el patrimonio natural de una manera que asegure su capacidad, para apoyar el desarrollo de la sociedad por mucho tiempo en el futuro (Constanza et al., 2000). Se requiere la adaptación de nuevas formas de gobernanza (Folke, Hahn, Olsson, & Norberg, 2005). Para explorar este tema, es fundamental el concepto de resiliencia (resistencia) de los sistemas ecológicos y sociales o ecosociales (Holling, 1973).

Varios estudios sobre resiliencia de sistemas ecosociales se han centrado en la capacidad de absorber choques y mantener sus funciones. También hay otro aspecto de la resistencia que se refiere a la capacidad de renovación, reorganización y desarrollo de un sistema ecosocial, que ha sido poco estudiado, pero que es esencial para los procesos de la sostenibilidad (Karkkainen, 2006), (Olsson et al., 2006).

En un sistema social-ecológico resistente, una perturbación (por ejemplo ecotónica en el caso de sistemas ecosociales en enfermedades transmitidas por vectores) tiene el potencial de crear la oportunidad para hacer cosas nuevas, de innovación y desarrollo. En un sistema vulnerable, incluso pequeñas

alteraciones pueden causar dramáticas consecuencias sociales. Así, esta visión de un centro de equilibrio estático, proporciona poca información sobre el comportamiento transitorio de los sistemas que no están cerca de equilibrio (Gallopín, 2006).

Tradicionalmente han prevalecido perspectivas dominantes que han asumido implícitamente una naturaleza y medio ambiente estables y resistentes, de modo indefinido, en los que se podía controlar los recursos sin reparación automática y encontrarse en equilibrio cuando los estresores humanos fueran retirados.

Los principios del Enfoque/Campo de Ecosalud en construcción

El pasaje de tres pilares a seis principios mostró un cambio en la forma de comprender las orientaciones básicas para la aplicación teórico-metodológica del Enfoque Ecosalud, abonando el proceso de construcción de un campo más amplio de pensamiento orientado a la acción.

Por ser un enfoque (y no una teoría) el **abordaje doctrinario, filosófico, epistemológico y metodológico** de Ecosalud considera diversos marcos teórico-metodológicos que llaman la atención sobre algunos aspectos del proceso salud-enfermedad. Con un foco en las acciones de prevención en salud, más que en la atención de la enfermedad, Ecosalud parte de una mirada sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud de las personas (y más recientemente de los animales) y de los ecosistemas. Para lo cual se apoya en un conjunto de principios en constante evolución que orientan la acción de los procesos de intervención y que, partiendo del pensamiento sistémico, la complejidad y la incertidumbre, promueven intervenciones intersectoriales, transdisciplinarias y participativas que buscan cambiar la situación de inequidad social y de género, contribuyendo a mejorar la sostenibilidad social y ambiental de las intervenciones en salud, acercando la brecha entre investigación y acción.

Inicialmente formulados como principios del Enfoque Ecosalud promovido por el IDRC pero compartidos por otros abordajes conceptuales y metodológicos, los seis principios del Enfoque Ecosalud pueden ser considerados como el sustrato común de un pensamiento similar, útil para los diferentes abordajes ecosistémicos para la salud y para la construcción del Campo de Ecosalud.

El **pensamiento sistémico** y en particular la Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy, 1976) constituyen el punto de partida para los abordajes ecosistémicos en salud. Al decir de Charron "*La elaboración de un problema en*

el acoplamiento de términos socio-ecológicos de sistemas puede incluir la consideración de varias dimensiones (ecológica, social, cultural, económica y de gobernabilidad). El pensamiento sistémico considera las relaciones entre estos elementos, y ayuda a conceptualizar el problema en torno a un entendimiento de que las personas con problema de salud viven en (y con) los ecosistemas" (D. F. Charron, 2012). La noción de escala (D. F. Charron, 2012), (Waltner-Toews & Kay, 2005) y una mirada menos determinista del papel predictivo de la ciencia, condujeron la reflexión hacia la necesidad de mirar los sistemas en forma compleja e incierta.

De esta manera, el pensamiento sistémico dialoga con el pensamiento complejo dando marco al enfoque. Al decir de Morín *"en la visión clásica, cuando una contradicción aparecía en un razonamiento, era una señal de error. Significaba dar marcha atrás y emprender otro razonamiento. Mientras que en la visión compleja, cuando se llega por vías empírico-rationales a contradicciones, ello no significa un error sino el hallazgo de una capa profunda de la realidad que, justamente porque es profunda, no puede ser traducida a nuestra lógica"* (Morin, 2007).

La complejidad y la incertidumbre son centrales en el pensamiento que sustenta la metodología AMESH. Para Waltner-Toews y Kay *"Dentro de la dinámica de la complejidad eco-social y la incertidumbre que esto genera, nos enfrentamos a encontrar nuestro camino a través de un paisaje percibido como nuboso, en lugar de trazar un rumbo determinado científicamente hasta un punto final conocido"* (Waltner-Toews & Kay, 2005). También sirven de base para el abordaje de los factores determinantes (ecológico, biológico y social) que promueve el enfoque eco-bio-social (Tana et al., 2012). Y tienden un puente con la noción de determinantes sociales y ambientales de la salud propia del Enfoque de Ecosalud como orientadoras del proceso de investigación *"El pensamiento sistémico puede conducir a una mejor comprensión de los límites del problema, su magnitud, y su dinámica. En última instancia, conduce a un proceso de investigación más rico y eficaz"* (D. F. Charron, 2012).

La noción de complejidad se asocia a la construcción del objeto de estudio en forma interdisciplinaria (para nosotros transdisciplinaria), sustentada por algunos teóricos de los sistemas complejos, y nos conecta con el debate en torno al papel que juegan las disciplinas y la transdisciplina en el proceso de investigación, incluyendo el conocimiento científico típicamente disciplinario, el saber social y la experiencia personal (García, 2006), (Earls, 2011).

La **investigación transdisciplinaria** contribuye a lograr una mejor comprensión de la salud en el contexto de los sistemas socio-ecológicos y del

mundo real al que dichos sistemas se aproximan, contribuyendo al diseño y aplicación de las estrategias que permiten mejorar la situación sanitaria, social y ambiental de manera sostenible y respetando los contextos y saberes locales para lograr una mejor y más efectiva comprensión y resolución de los problemas (Waltner-Toews & Kay, 2005), (D. F. Charron, 2012).

A diferencia de la multidisciplinariedad que supone la importancia de trabajar con las distintas disciplinas, y la interdisciplinariedad que expresa la necesidad de trabajar entre disciplinas para la resolución de problemas específicos, la transdisciplinariedad aborda lo que se encuentra al mismo tiempo entre las disciplinas, a través de las disciplinas y más allá de cada disciplina. Busca responder en forma orgánica a lo que Nicoliescu llamó el **bigbang disciplinario**, entendido como el principal resultado de los cambios acelerados que se producen en el universo disciplinario parcelado propio de la ciencia clásica. Su enfoque permite abordar conjuntos de problemas en lugar de centrarse en los espacios delimitados por cada saber epistemológico adoptando un enfoque sistémico e integrador de saberes (Morin, 2007), (Lebel, 2005), (Nicolescu, 1996), (D. F. Charron, 2012) "*La investigación transdisciplinaria supone la integración de metodologías y herramientas de investigación de todas las disciplinas incluyendo perspectivas y conocimientos no académicos*" (D. F. Charron, 2012).

Para desarrollar procesos de investigación transdisciplinaria existen diversos abordajes metodológicos que buscan implicar a los investigadores en los procesos. Dichos abordajes promueven las habilidades necesarias para la construcción de consensos, el pensamiento sistémico, la comunicación y la planificación (Chevalier & Buckles, 2009), el abordaje crítico desde la multiplicidad instituyente de saberes y la creatividad social (Tomás Rodríguez-Villasante, 1994), (Tomas Rodríguez-Villasante, 2010), la incorporación de la dimensión ambiental a los procesos de investigación propuesto por la praxis ecología social (Gudynas & Evia, 1990) y los portes clásicos de la investigación-acción-participativa (Rahman & Fals-Borda, 1992).

Incorporada en el universo de la salud desde la Conferencia de Alma-Ata en 1978, la **participación** hace parte del enfoque teórico y estratégico que orienta las acciones en Ecosalud. Entendida "*como un principio de Ecosalud, refleja las tendencias actuales en la investigación para el desarrollo (...) La transdisciplinariedad y la participación van de la mano como parte del enfoque ecosistémico para la salud. La participación de los interesados se suma a los conocimientos generados por la investigación mejorando la acción que puede ser el resultado o estar integrada en la investigación*" (D. F. Charron, 2012).

La participación conecta la investigación con la acción y todos los abordajes que hacen parte del Campo de Ecosalud, de una u otra forma, asumen a la participación como un principio central. Sin embargo, pocos refieren a la necesidad de considerar en forma igualitaria la participación y la colaboración como dos conceptos complementarios y sinérgicos. La **participación**, en especial la participación profunda, que define la ecología de Arne Naess, podría ser vista como la condición del proceso que garantiza que todos los actores vinculados en la intervención acceden en forma democrática al conocimiento relevante socialmente construido. La **colaboración** podría ser vista como una condición de contenido que cualifica el proceso participativo a partir de la interacción creativa entre los diversos actores, favoreciendo el diálogo entre los distintos sistemas de conocimiento que se ponen en juego en un proceso de intervención con Enfoque Ecosalud.

En un trabajo pionero para la ALC promovido desde el IDRC (Feola & Bazzani, 2002), se argumenta la necesidad de reorientar el trabajo científico con la investigación participativa para comprender mejor la realidad desde los sistemas complejos e inciertos en los que vivimos *“Dado que estos complejos circuitos de realimentación cuentan con efectos tanto positivos como negativos, la situación puede ser vista —y evaluada— de manera diferente según la persona. Donde una persona observa que se controlan las enfermedades drenando los pantanos, otra ve la pérdida de vida silvestre y agua limpia que resulta del efecto filtro de los humedales. La ciencia “normal” asume que podemos elaborar hipótesis claras y emplearlas para pronosticar resultados; sin embargo, estos sistemas complejos en los que vivimos están estructurados de tal modo que los pronósticos son siempre muy inciertos. ¿Cómo podemos entonces tomar decisiones con cierto grado de certeza de que estamos haciendo “lo correcto”? ¿Cómo podemos realizar una investigación científica? Parecería claro que, en situaciones donde hay mucho en juego, el nivel de incertidumbre y los conflictos éticos son altos, todos los miembros del público que se ven afectados deberían tener la oportunidad de ser parte del proceso de definir los problemas y sus soluciones”* (Waltner-Toews, Fernandes, & Briceño-León, 2002).

Por su parte, la noción de **sostenibilidad** es entendida en los procesos de intervención con Enfoque Ecosalud en forma polisémica, ya que refiere tanto a la sostenibilidad social y ambiental de las soluciones en salud que han sido implementadas como a un uso más duradero de los hallazgos de las investigaciones para la toma de decisiones y la formulación de mejores políticas públicas. Junto a esto, la **equidad social y de género** deben contribuir a orientar los esfuerzos de cambio, ayudando a reducir las

desigualdades a la vez que promueve acciones afirmativas(D. F. Charron, 2012).

La idea de **acortar la brecha entre la investigación y la acción** nos lleva a reflexionar sobre diversos aspectos que van desde el papel de la ciencia y los investigadores en los procesos de construcción de conocimiento hasta los debates en torno a la generación de evidencia como camino para incidir en políticas públicas. Una primera consideración debe llevarnos a reflexionar sobre la diferencia que existe entre la noción de “traducción” y la de “construcción” de conocimiento para la acción, asumiendo que la noción de traducción podría reflejar una idea equivocada con relación al verdadero sentido transformador de se le asigna a las investigaciones con Enfoque Ecosalud. Con esto buscamos superar la idea de “mala traducción” del inglés de un concepto clave para el enfoque. Ahora bien, asumiendo la vocación de incidencia política de las investigaciones con Enfoque Ecosalud, parece necesario conceptualizar el alcance dado al cambio que, en la mayor parte de los casos, solo logra (y muchas veces busca) incidir a nivel de los servicios de salud y, eventualmente, de otros servicios como los agrícolas o los mineros. Buena parte de los cambios que muestran los proyectos con el Enfoque Ecosalud, incluso aquellos que lograron trascenderla esfera de las políticas públicas, han promovido cambios en las prácticas pero sin cuestionar las causas de fondo que originaron los problemas que se buscaban resolver.

Así, al investigar sobre nuevas formas para prevenir la enfermedad de Chagas, el énfasis de los investigadores estará puesto en que los programas de control de vectores cambien sus prácticas habituales centradas en el rociamiento por otras más eficaces, orientadas a la mejora de vivienda y al reordenamiento de los entornos peri domiciliarios. Incluso los logros en materia normativa alcanzados por algunos proyectos y que han generado nuevos procedimientos y marcos legales a escala regional dentro de un país y supra países no incluyeron un cuestionamiento a las determinantes estructurales, centrándose solo en las intermedias. De la misma manera, los cambios en las conductas de las comunidades no buscan cambiar las relaciones asimétricas de poder entre los actores sociales, los políticos y las empresas, muchas veces asociadas a la promoción de los químicos utilizados para la fumigación, tanto de casas como de plantaciones agrícolas como los muestran las investigaciones antes indicadas.

Un segundo aspecto refiere a la importancia que los investigadores suelen asignarle a la construcción de evidencia científica como forma efectiva para acercar la investigación a la toma de decisiones. Al decir de Charron *“La opinión predominante en las ciencias naturales y médicas considera la ciencia*

para proporcionar información objetiva y validación independiente como evidencia para la toma de decisiones informadas" (D. F. Charron, 2012). Sin embargo, estudios recientes (Bedregal & Cornejo, 2005), (Du Toit, 2012) cuestionan el papel de la evidencia (y en particular lo que se considera evidencia) para la toma de decisiones en salud relativizando tanto la política basada en evidencia (PBE) como el movimiento de la medicina basada en evidencias (MBE) indicando que la idea de evidencia que hegemoniza el mundo de la salud actual parecería *"otorgar importancia central a la 'evidencia', entendida como los datos empíricos accesibles mediante las metodologías usuales disponibles y consideradas legítimas por la institución social llamada 'ciencia'"* (Bedregal & Cornejo, 2005).

Por este motivo, la noción de **gestión del conocimiento** parecería ser más adecuada que la de traducción de evidencia o la de transferencia de conocimiento para referirse a la necesidad de acercar los resultados de las investigaciones con Enfoque Ecosalud a los tomadores de decisión. La participación amplia de todos los actores en el proceso de intervención y la aplicación sistémica de los principios del enfoque, no garantiza, pero contribuye a lograr este objetivo. La gestión del conocimiento contribuye a promover procesos colaborativos que articulan diversos sistemas de conocimiento y define en forma participativa la relevancia social y el sentido de los aprendizajes y del cambio deseado. Esta forma de abordar los aprendizajes construidos antes, durante y después de las intervenciones promueve mecanismos horizontales y democráticos en lugar de promover procesos que va "desde quien sabe hasta quien no sabe" –parafraseando a Paulo Freire en su clásico Comunicación o Extensión- o pensando que los divulgadores (por ejemplo a través de los medios masivos de comunicación) deben traducir a las comunidades y los tomadores de decisión el conocimiento verdadero generado por los investigadores, desconociendo que tanto los tomadores de decisiones como los líderes comunitarios también generan conocimiento igualmente válido y útil para el cambio

Los llamados a la construcción de un nuevo conocimiento emancipador a partir de una doble ruptura epistemológica que alimente la construcción de una epistemología desde el sur (De Sousa-Santos, 2011), (De Sousa-Santos, 2009) parecerían encontrar en el Enfoque y para la construcción del Campo de Ecosalud un terreno fértil para la reflexión teórica y práctica orientada a la acción. Nociones como la epistemología cualitativa y constructiva (González-Rey, 2007) o la capitalización del conocimiento socialmente construido (De Zutter, 1997), parecerían abrirse camino en el debate tanto dentro del Enfoque Ecosalud como dentro del Campo de Ecosalud en proceso de construcción. La reflexión sobre la aplicación del Enfoque y su formulación teórico-metodológica

constituyen, en sí mismos, un campo de análisis que debe ser abordado sin prisa, pero sin pausa.

Bibliografía

- Andrade, Á. (Ed.). (2007). *Aplicación del Enfoque Ecosistémico en Latinoamérica* (p. 87). Bogotá: CEM / UICN.
- Andrade, Á., Arguedas, S., & Vides, R. (2011). *Guía para la aplicación y monitoreo del Enfoque Ecosistémico* (p. 42). CEM-UICN, CI-Colombia, ELAP-UCI, FCBC, UNESCO-Programa MAB. Retrieved from http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/ciencias_naturales/mab/2011/Guia_para_implementar___y_monitorear_el_EE_2011.pdf
- Arunachalam, N., Tana, S., Espino, F., Kittayapong, P., Abeyewickreme, W., Wai, K. T., Tyagi, B. K., et al. (2010). Eco-bio-social determinants of dengue vector breeding: a multicountry study in urban and periurban Asia. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(3), 173–84. doi: 10.2471/BLT.09.067892
- Barraza, D., Jansen, K., Van Wendel de Joode, B., & Wesseling, C. (2011). Pesticide use in banana and plantain production and risk perception among local actors in Talamanca, Costa Rica. *Environmental research*, 111(5), 708–17. doi: 10.1016/j.envres.2011.02.009
- Bedregal, P., & Cornejo, C. (2005). El movimiento de la medicina basada en la evidencia: Alcances conceptuales y teóricos. *Revista Médica de Chile*, 133, 977–982.
- Bertalanffy, L. Von. (1976). *Teoría General de Los Sistemas* (Primera., p. 168). México: Fondo de Cultura Económica.
- Betancourt, O., Davée Guimaraes, J. R., Cueva, E., & Betancourt, S. (2012). Impacts on Environmental Health of Small-Scale Gold Mining in Ecuador. In D. F. Charron (Ed.), *Ecohealth Research in Practice* (1st ed., pp. 119–130). New York: Springer.
- Bunch, M., Morrison, K., Parkes, M., & Venema, H. (2011). Promoting Health and Well-Being by Managing for Social–Ecological Resilience: the Potential of Integrating Ecohealth and Water Resources Management Approaches. *Ecology and Society*, 16(1), 6. Retrieved from <http://www.ecologyandsociety.org/vol16/iss1/art6/>
- Capra, F. (1996). *La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos* (p. 359). Barcelona: Editorial Anagrama.

- Caprara, A., Lima, J., Marinho, A., Calvasina, P., Landim, L., & Sommerfeld, J. (2009). Irregular water supply , household usage and dengue□: a bio-social study in the Brazilian Northeast. *c*, *25*(1), 125–136.
- Charron, D. (Ed.). (2012). *Ecohealth research in Practice. Innovative Applications of an Ecosystem Approach to Health* (p. 282). Ottawa: Springer / International Development Research Centre.
- Charron, D. F. (2012). Ecohealth: Origins and approach. In D. F. Charron (Ed.), *Ecohealth Research in Practice* (1st ed., pp. 1–33). New York: Springer.
- Chevalier, J., & Buckles, D. (2009). *Guía para la investigación colaborativa y la movilización social (SAS2)* (Primera., p. 364). Mexico D.F.: Plaza y Valdés / Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo.
- Constanza, R., & Daly, H. (1992). Natural Capital and Sustainable development. *Conservation Biology*, *6*(1), 37–47.
- Constanza, R., Daly, H., Kolke, C., Hawekwn, P., Holling, C. S., McMichael, A., Pimentel, D., et al. (2000). Managing our Environmental Portfolio. *Bio Science*, *50*(2), 149–155.
- Corvalán, C., Hales, S., & Mc Michael, A. (2005). *Ecosistemas y bienestar humano. Síntesis sobre salud* (Primera., p. 53). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Davée Guimaraes, J. R., & Mergler, D. (2012). A virtuous cycle in the Amazon: Reducing mercury exposure from fish consumption requires sustainable agriculture. In D. Charron (Ed.), *Ecohealth Research in Practice* (pp. 109–118). Ottawa: Springer / International Development Research Centre.
- De Freitas, C. (2009). *Enfoques Ecosistémicos en Salud: Perspectivas para su adopción en Brasil y los países de América Latina*. (C. Machado de Freitas, Ed.) (Primeira., p. 51). Brasília: Organización Panamericana de la Salud.
- De Freitas, C., Oliveira, S., Schütz, G., Freitas, M., & Camponovo, M. (2007). Ecosystem approaches and health in Latin America. *Cadernos Saude Pública*, *23*(2), 283–296. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200004&lng=en&nrm=iso&tIng=en
- De Sousa-Santos, B. (2009). *Una epistemología del SUR: la reinención del conocimiento y la emancipación social*. (J. Gandrilla, Ed.) (p. 368). México, D.F.: Siglo XXI, CLACSO.

- De Sousa-Santos, B. (2011). Epistemologías del Sur. *Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social*, 54, 17–39.
- De Zutter, P. (1997). *Historias, saberes y gentes. De la experiencia al conocimiento* (p. 127). Lima: Escuela para el desarrollo, Editorial Horizonte.
- Du Toit, A. (2012). Making Sense of 'Evidence'. Notes on the Discursive Politics of research and pro-Poor policy making. Bellville.
- Díaz, C. (2012). Preventing dengue at the local level in Havana City. In D. F. Charron (Ed.), *Ecohealth Research in Practice* (pp. 163–171). Ottawa: Springer / International Development Research Centre.
- Earls, J. (2011). *Introducción a la teoría de sistemas complejos* (Segunda., p. 145). Lima: Perú, Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del.
- FAO. (n.d.). Enfoque Ecosistémico. Retrieved February 3, 2013, from <http://www.fao.org/biodiversity/asuntos-intersectoriales/enfoque-ecosistemico/es/>
- Feola, G., & Bazzani, R. (Eds.). (2002). *Desafíos y estrategias para la implementación de un enfoque ecosistémico para la salud humana en los países en desarrollo Reflexiones a propósito de las consultas regionales realizadas* (primera., p. 89). Montevideo: Centro Internacional de Investigaciones para el desarrollo, programa de las Naciones Unidas para el medio Ambiente.
- Folke, C., Hahn, T., Olsson, P., & Norberg, J. (2005). Adaptative Governance of Social-Ecológicas. *Annual Review of Environment and Resources*, 30(1), 441–473. doi: 10.1146/annurev.energy.30.050504.144511
- Folke, C., Pritchard, L., Berkes, F., Colding, J., & Svedin, U. (2007). The Problem of Fit between Ecosystems and Institutions□: Ten Years Later. *Ecology and Society*, 12(1), 30.
- Forget, G., & Lebel, J. (2001). An Ecosystem approach to human health. *International Journal of Occupational and Environmental Health, Supplement*(2), 1–38.
- Frank, D. (2008). One world, one health, one medicine. *Canadian Veterinary Journal*, 49, 1063–1065.
- Gallopín, G. C. (2006). Linkages between vulnerability, resilience, and adaptive capacity. *Global Environmental Change*, 16(3), 293–303. doi: 10.1016/j.gloenvcha.2006.02.004

- García, R. (2006). *Sistemas complejos. Conceptos, métodos y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria* (Primera., p. 201). Barcelona: Gedisa.
- González-Rey, F. (2007). *Investigación cualitativa y subjetividad. Los procesos de construcción de la información* (p. 155). Mexico D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Granda, E. (2009). Salud: globalización de la vida y la solidaridad. *La salud y la vida 1* (Primera., pp. 135–153). Quito: Ministerio de Salud Pública, CONASA, CONESPU, Universidad de Cuenca, Universidad Nacional de Loja, ALAMES, OPS.
- Gudynas, E. (2004a). *Ecología, economía y ética del desarrollo sostenible* (Quinta., p. 257). Montevideo: Coscoroba Ediciones / Centro Latinoamericano de Ecología Social.
- Gudynas, E. (2004b). Una mirada historica al desarrollo sostenible. *Ecología, economía y petica del desarrollo sostenible* (Quinta., pp. 47–66). Montevideo: Coscoroba Ediciones / Centro Latinoamericano de Ecología Social.
- Gudynas, E. (2004c). Naturaleza y estrategias de desarrollo. *Ecología, economía y ética del desarrollo sostenible* (Quinta., pp. 27–46). Montevideo: Coscoroba Ediciones / Centro Latinoamericano de Ecología Social.
- Gudynas, E., & Evia, G. (1990). *La praxis por la vida. Introducción a las metodologías de la ecología social* (Primera., p. 274). Montevideo: CIPFE, CLAES, Nordan.
- Holling, C. S. (1973). Rescillience and stability of ecologicas systems. *Annual Reviews*, 4, 1–23.
- Karkkainen, B. C. (2006). Panarchy and Adaptive Change□: Around the Loop and Back Again, *102*(2), 59–77.
- Lebel, J. (2005). *Salud: un enfoque ecosistémico* (pp. 1–53). Bogotá: Alfaomega / Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo.
- Left, E. (2004). *Racionalidad Ambiental. La reapropiación social de la naturaleza* (Primera., p. 509). México, D.F.: Siglo XXI Editores.
- Martinez Alier, J. (2010). *El Ecologismo de los pobres. Conflictos ambientales y lenguajes de valoración* (Cuarta., p. 415). Lima: Espiritrompa Ediciones.

- Meadows, D. (1997). Lugares donde intervenir en un sistema. *Earth, Whole*. Retrieved from <http://www.cacitgroup.com>
- Ministerio de Salud de Perú. (2002). *Salud y Agricultura Sostenibles: Un reto del futuro. Riego intermitente en el cultivo del arroz para el control vectorial de la Malaria en la costa norte peruana*. (p. 200). Lima: Ministerio de Saud, DIGESA, Proyecto Vigia.
- Ministerio de Salud de Perú. (2011). *Aprendiendo de la Experiencia. Lecciones aprendidas para la preparación y respuesta en el control vectorial ante brotes de dengue en el Perú*. (A. Santandreu, Ed.) (p. 42). Lima: Ministerio de Saud, DIGESA.
- Monroy, C., Castro, X., Bustamante, D. M., Pineda, S., Rodas, A., Moguel, B., Ayala, V., et al. (2012). An Ecosystem approach for the prevention of Chagas disease in rural Guatemala. In D. F. Charron (Ed.), *Ecohealth Research in Practice* (pp. 153–162). Ottawa: Springer / International Development Research Centre.
- Morin, E. (2007). *Introduccion al pensamiento complejo* (Novena., p. 167). Barcelona: Editorial Gedisa.
- Naredo, J. M. (1996). Sobre el origen, el uso y el contenido del término sostenible. *Documentación Social*, 102(102), 129–147. Retrieved from <http://www.laopiniondelanzarote.com/cuadernos/pdfs/numero03/sobreelorigeneluso.pdf>
- Nicolescu, B. (1996). *La Transdisciplinariedad* (p. 123). Paris: Ediciones Du Rocher.
- Olsson, P., Gunderson, L. H., Carpenter, S. R., Ryan, P., Lebel, L., Folke, C., & Holling, C. S. (2006). Shooting the Rapids□: Navigating Transitions to Adaptive Governance of Social-Ecological Systems. *Ecology and Society*, 11(1), 18.
- Quintero, J., Carrasquilla, G., Suárez, R., González, C., & Olano, V. (2009). An ecosystemic approach to evaluating ecological , socioeconomic and group dynamics affecting the prevalence of Aedes aegypti in two Colombian towns. *Cadernos Saude Pública*, 25(1), 93–103.
- Rahman, A., & Fals-Borda, O. (1992). La situacio actul y las perspectivas de la investigacion-acción participativa en el mundo. In M. Salazar (Ed.), *La Investigación-acción participativa. Inicios y desarrrlos* (pp. 1–20). Madrid: Editorial Popular. Retrieved from http://gumilla.org/biblioteca/bases/biblo/texto/COM199694_14-20.pdf

- Rapport, D., Hildén, M., & Wepppling, K. (2000). Restoring the health of the earth's ecosystems□: A new challenge for the earth sciences. *Episodes*, 23(1), 12–19.
- Rapport, D. J., Costanza, R., & McMichael, a J. (1998). Assessing ecosystem health. *Trends in ecology & evolution*, 13(10), 397–402. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21238359>
- Riojas-Rodriguez, H., & Romero-Franco, M. (2010). El deterioro de los ecosistemas y de la biodiversidad: sus implicaciones para la salud humana. In L. Galvao, J. Finkelman, & S. Henao (Eds.), *Determinantes ambientales y sociales de la salud* (Primera., pp. 233–257). México, D.F.
- Riojas-Rodríguez, H., & Rodríguez-Dozal, S. (2012). An Ecosystem Study of Manganese Mining in Molango, México. In D. Charron (Ed.), *Ecohealth Research in Practice* (pp. 87–97). Ottawa: Springer / International Development Research Centre.
- Rodriguez-Villasante, Tomas. (2010). Historias y enfoques de una articulación metodológica participativa. Madrid: CIMAS Cuadernos.
- Rodriguez-Villasante, Tomás. (1994). La socio-praxis: un acoplamiento de metodologías implicativas.
- Shepherd, G. (2006). *El Enfoque Ecosistémico Cinco Pasos para su Implementación* (Primera., p. 30). Gland: UICN, Gland, Suiza y Cambridge, Reino Unido. Retrieved from <http://data.iucn.org/dbtw-wpd/edocs/CEM-003-Es.pdf>
- Sommerfeld, J., & Kroeger, A. (2012). Eco-bio-social research on dengue in Asia: a multicountry study on ecosystem and community-based approaches for the control of dengue vectors in urban and peri-urban Asia. *Pathogens and global health*, 106(8), 428–35. doi: 10.1179/2047773212Y.0000000055
- Suárez, R., González, C., Carrasquilla, G., & Quintero, J. (2009). An ecosystem perspective in the socio-cultural evaluation of dengue in two Colombian towns. *Cadernos Saude Pública*, 24(1), 104–114.
- Tana, S., Abeyewickreme, W., Arunachalam, N., Espino, F., Kittayapong, P., Wai, K. T., & Horstick, O. (2012). Eco-Bio-Social research on dengue in Asia: general principles and the ccase Study from Indonesia. In D. F. Charron (Ed.), *Ecohealth Research in Practice* (pp. 173–184). Ottawa: Springer / International Development Research Centre.
- Waltner-Toews, D. (2009). Eco-health: A primer for veterinariand. *Canadian Veterinary Journal*, 50, 519–521.

Waltner-Toews, D., Fernandes, O., & Briceño-León, R. (2002). Un enfoque ecosistémico para la salud y las enfermedades transmisibles. In G. Feola & R. Bazzani (Eds.), *Desafíos y estrategias para la implementación de un enfoque ecosistémico para la salud humana en los países en desarrollo. reflexiones a propósito de las consultas* (pp. 29–42). Montevideo: Centro Internacional de Investigaciones para el desarrollo, programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente.

Waltner-Toews, D., & Kay, J. (2005). The Evolution of an Ecosystem Approach□: the Diamond Schematic and an Adaptive Methodology for Ecosystem Sustainability and Health. *Ecology and Society*, 10(1), 38. Retrieved from <http://www.ecologyandsociety.org/vol10/iss1/art38>

Waltner-Toews, D., Neudoerffer, C., Joshi, D. D., & Tamang, M. S. (2005). Agro-urban Ecosystem Health Assessment in Kathmandu, Nepal: Epidemiology, Systems, Narratives. *EcoHealth*, 2(2), 155–164. doi: 10.1007/s10393-005-3874-8

Webb, J. C., Mergler, D., Parkes, M. W., Saint-charles, J., Spiegel, J., Waltner-toews, D., Yassi, A., et al. (2010). Tools for Thoughtful Action□: The Role of Ecosystem Approaches to, (December), 439–441.

Wildlife Conservation Society. (2004). Conference Summary One World, One Health: Building Interdisciplinary Bridges to Health in a Globalized World. Retrieved February 2, 2013, from http://www.oneworldonehealth.org/sept2004/owoh_sept04.html

Wildlife Conservation Society. (2007). Um Mundo – Uma Saúde: Brasil 2007 Ecosystems, Animais Silvestres E Meio De Vida Humano Saudáveis: Uma Parceria Pública-Privada Inovadora. Retrieved February 2, 2013, from http://www.oneworldonehealth.org/oct2007/owoh_oct07.html

World Conservation Congress. (2004). Conference Summary Beyond Zoonoses: One World – One Health, The Threat of Emerging Diseases to Human Security and Conservation, and the Implications for Public Policy. Retrieved February 12, 2013, from http://www.oneworldonehealth.org/nov2004/owoh_nov04.html

World Conservation Workshop. (2005). Conference Summary Beyond Zoonoses: One World – One Health, The Threat of Emerging Diseases to Human Health, Agriculture and Conservation: Implications for Public Policy. Retrieved February 2, 2013, from http://www.oneworldonehealth.org/nov2005/owoh_nov05.html

Worster, D. (2008). *Transformaciones de la tierra* (primera., p. 212). Montevideo: Coscoroba Ediciones, Biblioteca Latinoamericana en Ecología Política.

LA MEDICINA SOCIAL: UNA VISIÓN PANORÁMICA PARA UNA CONVERGENCIA CON EL ENFOQUE DE ECOSALUD

Walter Varillas
ECOSAD, COPEH-LAC

En el presente texto se hará una síntesis general de algunas de las propuestas de la Medicina Social o Salud Colectiva latinoamericana respecto a su base conceptual, las políticas públicas en salud y a la gestión de la promoción de la salud, sin pretender, ni mucho menos, hacer una sistematización de todos sus planteamientos², sino buscando los posibles enlaces o puentes que puedan permitir un diálogo convergente con el enfoque de Ecosalud.

El enfoque de Ecosalud y los distintos enfoques, abordajes y métodos que integran el Campo de Ecosalud (desarrollados con amplitud en otro capítulo de este libro) llama la atención algunos aspectos o campos en el estudio de la salud, esto es, el vínculo entre las determinantes sociales y ambientales y la salud, la participación comunitaria, la transdisciplinariedad, la incidencia política, el enfoque de género, el enfoque sistémico, de complejidad e incertidumbre, y el acercamiento entre investigación y toma de decisiones. En tanto, la Medicina Social cuenta con una base filosófica conceptual del materialismo histórico, una propuesta de políticas sociales sustentada en principios del derecho a la salud y de su garantía por el Estado, así como con lineamientos para la gestión y transformación de las determinaciones de las condiciones de la salud y vida.

1. PROPUESTA CONCEPTUAL DE LA MEDICINA SOCIAL

La Medicina Social o Salud Colectiva, como ha sido denominada en Brasil, es una corriente de pensamiento surgida alrededor de los años 70 en varios lugares del planeta, pero que tuvo un desarrollo singularmente sostenido y amplio en América Latina, alrededor de la academia, como es el caso de la Maestría de Medicina Social de la Universidad Autónoma de Xochimilco (UAM-X), y de personalidades como Juan César García, que dejaron una escuela de pensamiento y de acción en salud (Breilh, 2012)(Granda, 2004)(Rodríguez,

²En el texto recurrimos a veces a citas textuales extensas, principalmente en la parte conceptual, buscando que sean los propios protagonistas quienes “hablen”. Para un revisión de la producción de la Medicina Social Latinoamericana, se puede ver: Duarte, 1986; Granda, 2007; Franco, Nunez, Laurell, 1991 (citados por Breilh, 2012); (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada, & Merhy, 2002). También se puede seguir la producción de los congresos de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social - ALAMES, y otros textos en su página: www.alames.org

1981). En el texto usaremos el término de Medicina Social, si bien podría denominarse con mayor propiedad Salud Colectiva.

Juan César García (Granda, 2004) identifica a 1848, año de revoluciones diversas en los países europeos, como el año del inicio del concepto de Medicina Social, que también surgió con antelación en diferentes países europeos con Salomón Neumann y Rudolf Virchow en Alemania, Jules Guérin en Francia, William Farr en Inglaterra, Francesco Puccionotti en Italia. Con ambigüedades y desde diferentes posturas, sostienen la relación de la enfermedad con los problemas sociales, la necesidad de la intervención del Estado en su solución, la incorporación de concepciones cuantitativas y el carácter combativo del ejercicio sanitario, insertado en el contexto revolucionario de la época.

La Medicina Social sostiene la determinación histórica y social de los problemas de salud, el carácter dialéctico del proceso salud–enfermedad, la necesidad de conocer los procesos de salud-enfermedad y sus determinaciones, para poder transformar esta realidad (Breilh 1995). Así mismo, llama la atención sobre las desigualdades e inequidades en el campo de la salud (Benach & Muntaner, 2005).

Tempranamente se alertaba sobre el riesgo de caer en el determinismo económico y, en contraposición se sostenía que como una de las determinaciones de la salud se tiene al proceso laboral. Es por ello que la Salud en el Trabajo fue materia de preocupación central en los inicios de la Medicina Social. *“Las líneas desarrolladas plantean la posibilidad de postular la conformación de distintos patrones colectivos de consumo y reproducción de las clases en la sociedad capitalista que se determinarían por los siguientes cuatro elementos:*

- *El tipo predominante de plusvalía extraída*
- *El grado y tipo de desarrollo de las fuerzas productivas*
- *El grado de control relativo del obrero sobre el proceso laboral*
- *La situación de la lucha de clases; grado de control estatal-patronal sobre los obreros y avances en la organización reivindicativa y de clase.*

El análisis de estos elementos y del proceso de trabajo puede hacerse al nivel de la formación económica y social como totalidad, y al nivel de un proceso de trabajo particular, por ejemplo, en una fábrica. Parece necesario subrayar, una vez más, que la determinación social es igualmente real a nivel del centro de trabajo como a nivel de la sociedad. La incapacidad de entender este hecho ubica al trabajador de la salud ocupacional en la esfera técnica de la

producción, ubicación que le causará serios problemas para avanzar” (Laurell 1978).

Teniendo la Medicina Social una propuesta histórico crítica, no es ajena a ubicarse en los contextos históricos que le tocó vivir en las últimas décadas. Breilh (2012; 2003) distingue tres momentos: El período formativo de ruptura con las propuestas biologicistas, positivistas, uni o multicausales de los años 70, en un contexto de capitalismo industrialista y democracia formal. El período de diversificación de los objetos y de los sujetos de la salud, de avance instrumental y de institucionalización, incorporando nociones y categorías como las de interculturalidad, intersubjetividad y subjetividad alternativa de los años 80 y 90; en un contexto de neoliberalismo económico y postmodernismo relativista. El período actual de búsqueda de propuestas integrales de modelos de desarrollo social, ambiental y culturalmente sostenibles y de sistemas de salud universales en un contexto signado por la crisis multidimensional (crisis económica, financiera; crisis cultural; crisis sanitaria y crisis ambiental) generada por el “modo de civilización capitalista”.

El término *salud pública* (Breilh, 2012) es considerada insuficiente para definir el estudio y el quehacer de la salud más allá de lo individual, confundiendo lo público como el ámbito de lo gubernamental. La Medicina Social supera la visión individualizada bio-médica de la salud, crea espacio para lo colectivo, considerando las dimensiones de la producción y reproducción social, las condiciones político jurídicas y los modos de vivir. En términos conceptuales, surge de una crítica a la corriente de pensamiento hegemónica sobre la salud, denominada biologicista, positivistas, uni o multicausal, que identifica como las causas de los problemas de salud a grupos de factores de riesgo principalmente de tipo natural: agentes biológicos, químicos, físicos e incluyendo dentro de este espectro la propuesta de la triada ecológica de agente-medio-huésped (Laurell, 1978, 1982).

Desde sus orígenes, los colectivos de Medicina Social o de Salud Colectiva no se limitaron a la formulación o investigación teórica, sino que acompañaron procesos y movimientos sociales como la Revolución de Nicaragua, la Reforma Sanitaria de Brasil, sólo por mencionar dos de estos procesos que incluyeron la participación activa de personalidades de la Medicina Social de muchos países latinoamericanos. Los desarrollos teóricos y metodológicos a nivel académico, se dieron muy relacionados a la militancia política y social, y son varios los movimientos, redes, observatorios, eventos, que acompañaron las experiencias de gestión a nivel de gobiernos nacionales o locales, así como el desarrollo de políticas de salud correspondientes en el contexto de los cambios

globales y los cambios en la agenda internacional de la Salud (Rodríguez, 1981), expresado en la diversidad de foros, eventos, encuentros, redes y espacios académicos y políticos ocurridos en las últimas décadas.

Bases filosóficas de la Medicina Social

La base conceptual de la Medicina Social reside en el materialismo histórico³, que concibe la actividad productiva, basada en el trabajo, como la principal actividad del ser humano mediante la cual consigue los bienes necesarios para su subsistencia, transformando la naturaleza y transformándose a sí mismo. Las sociedades humanas han evolucionado de acuerdo al desarrollo tecnológico de las fuerzas productivas (medios, instrumentos y relaciones técnicas de producción). Estas fuerzas productivas conjuntamente con las relaciones sociales de producción conforman la base económica de la sociedad, esto es, su modo de producción.

Las relaciones sociales de producción se dan entre clases sociales, caracterizadas por su acceso o no a la propiedad de los medios de producción. La historia ha conocido algunos modos de producción: la comunidad primitiva, el esclavismo, el feudalismo, el capitalismo, el socialismo. Ha conocido diferentes clases principales en cada uno de estos momentos históricos: esclavistas – esclavos, señores feudales – siervos, burgueses o capitalistas y proletarios u obreros.

Sobre esta base económica se erige la superestructura política, cultural, jurídica y social. La base y la superestructura de un momento histórico determinado en un espacio determinado, conforman cada formación histórico social particular.

Siendo ese el sustento filosófico-político de la Medicina Social, la salud, al ser un atributo de las personas, se sostiene que también está determinada socialmente, con formas de distribución de los perfiles de morbi-mortalidad por la clase social. La salud en sus distintas expresiones tiene determinaciones, históricas y sociales, en correspondencia con el modo de producción específico, o más precisamente con la formación económica y social. De esta manera, la sociedad tiene dos momentos en su desarrollo, el momento productivo y el momento reproductivo, si bien interrelacionados, el primer momento es el que determina al segundo,

³El materialismo histórico es la concepción sobre el desarrollo de la sociedad que construyeron Karl Marx y Friedrich Engels, en el siglo XIX, sintetizando el avance de la crítica de la economía política inglesa, del materialismo y la dialéctica de la filosofía alemana, y la concepción de la dinámica de la lucha de clases y cambio revolucionario del pensamiento socialista francés.

“La plataforma de esta perspectiva es de base materialista histórica y gramsciana, y reconoce que las formas de producción, consumo y su lógica distributiva -en donde el Estado tiene una tarea esencial- son determinantes en la configuración de los perfiles de salud, enfermedad y muerte de los grupos sociales. En las formaciones capitalistas, estos procesos esenciales de la reproducción social expresan la contradicción histórica entre: propiedad privada, producción colectiva y apropiación inequitativa de la riqueza, que deviene en relaciones económicas de explotación y exclusión, en relaciones de poder profundamente asimétricas y opresivas (López y Blanco, 2003). Las desigualdades sociales sintetizan estas relaciones, antagonismos y contradicciones económico-políticas e ideológicas, que se expresan en ejes de explotación, dominación, subordinación y exclusión múltiple: de clase, género, etnia/origen y generación, entre otros (López, 2008⁴).

La determinación social e histórica de la salud y la opción por una epidemiología crítica

La vida humana se diferencia de las otras formas de desarrollo de la naturaleza por el trabajo creativo, consciente y planificado, superando la actuación regida por patrones de conducta natural de las formas de vida previas. Con el ser humano surge la historia con sus leyes particulares, la aspiración de libertad, solidaridad, y la conciencia objetiva de ello, como forma superior de manifestación del desarrollo. La vida humana se transforma de manera constante mediante una característica colectiva social e histórica, siendo una realidad unitaria donde interactúan paralelamente los procesos generales, particulares y singulares en una unidad en la diversidad, y se produce en un mundo jerarquizado, donde algunos procesos tienen mayor peso que otros (Breilh, 1995).

“El proceso de salud en el ser humano no es un fenómeno biológico, es un proceso socio-biológico integrado y dinámico, determinado por leyes distintas a las del resto del mundo animal y vegetal. La nueva unidad entre lo social y lo biológico que surgió al aparecer el ser social humano implicó, desde entonces, el sometimiento y recomposición del funcionamiento de las leyes biológicas a las leyes sociales... No se puede entender la relación social-biológico si no se entiende la “subsunción” de lo biológico en lo social, y no se puede entender dicha subsunción si no se entiende el movimiento de transformación que llevó desde el mundo original inerte hasta el mundo con especies biológicas y luego al mundo social...” (Breilh 1995)

⁴ En el texto citado (López, 2008) se realiza una relatoría del Taller sobre Determinantes Sociales de la Salud realizado en México. Tiene el mérito de que un colectivo de activistas de la Medicina Social formulan una sistematización de las propuestas para aportarlas a la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS.

Por lo señalado, la Medicina Social no se limita a identificar las causas directas de las enfermedades, ni los factores de riesgos relacionados, ni los grupos de factores de riesgo asociados, sino devela las determinaciones profundas del proceso salud-enfermedad y sus intermediaciones. El componente *histórico* de los procesos, principalmente de la construcción del poder político y económico, y, la determinación primaria de *lo social*. En particular considera la categoría de reproducción social, clase social, grupos sociales, étnica, género y generación. Esto, porque la sociedad no es un conglomerado homogéneo, sino que en ella existen grupos sociales con condiciones de vida, económicas, culturales e ideológicas diversas.

Esta perspectiva ha sido llamada también epidemiología crítica, en contraposición a la epidemiología tradicional. La corriente de la Medicina Social latinoamericana no ha tenido una postura única al respecto. Se señala al menos los siguiente campos de diferencias o matices: la construcción del objeto de estudio, la metodología de estudio, en particular la ubicación de la Epidemiología Crítica como ciencia social, biológica o de la salud, los aportes de la epidemiología anglo sajona, las relaciones entre ciencia y política, entre otros (Carvajal, 2009).

Por este motivo, *“desde sus inicios, esa corriente de pensamiento médico-social reconoce dos grandes objetos en el estudio de la salud colectiva: 1) la distribución y los determinantes de la salud/enfermedad y 2) las interpretaciones, los saberes y las prácticas especializadas en torno a la salud, la enfermedad y la muerte. Se propone entender a la salud y a la enfermedad como momentos diferenciados del proceso vital humano, en constante cambio y expresión en la corporeidad humana del modo específico de apropiación de la naturaleza, bajo una determinada forma de relaciones y organización social y abre tempranamente la discusión en torno a la causalidad y la determinación. Se desarrolla una posición crítica frente a las visiones biomédicas y epidemiológicas convencionales que desarticulan a la salud-enfermedad de los procesos sociales, naturalizan lo social e individualizan los fenómenos y cuyo proceder metodológico es propio de las ciencias naturales”* (López 2011).

De lo social que subsume a lo natural a la noción de naturaleza viva

La Medicina Social asumió una postura antropocéntrica al plantear que lo más importante y central es el bienestar del ser humano, pues considera que éste tiene un vínculo muy estrecho con la praxis humana y social. Colocar en el centro de la reflexión y la investigación al ser humano y su salud colectiva,

significa desplazar la atención desde las enfermedades hacia el bienestar y lo que hace parte del bienestar.

Al asumir esta postura, centra la observación integral del ser humano como ser biológico y social, y las determinaciones e interrelaciones entre lo social y lo ambiental. Toma en cuenta a las personas de manera integral, es decir, en todas sus dimensiones, considerando lo biológico (mental y físico), lo social (económico, político, cultural) y lo ambiental, pero considera que los fenómenos y procesos sociales subsumen a los procesos y fenómenos naturales.

Desde la óptica de la Medicina Social, se consideran los procesos ambientales como una categoría que se relaciona con otras pero que está subordinada a otra categoría más amplia y compleja como son los procesos socio-económicos. Para la Medicina Social, las expresiones diversas de lo ambiental encuentran sus explicaciones también en los procesos históricos, económicos, políticos, culturales y naturales. Por las mismas razones, la salud no es un proceso sólo ni “natural”, por lo que tampoco se modifica con el tiempo de manera “natural”, sino la salud es un proceso dinámico, determinado históricamente y socialmente, pero también condicionado por lo ambiental. De esta manera se diferencia de otras posiciones (ecologistas, por ejemplo) que ponen en el centro y como aspecto determinante al medio ambiente. *“Al postular que la salud-enfermedad se expresa en la corporeidad y la psique humana, que la gran mayoría de sus orígenes se ubican en procesos sociales y que tanto éstos, como las expresiones biológicas y psíquicas son históricas, construye un objeto de conocimiento propio, que requiere comprender la relación entre los seres humanos, de éstos con la naturaleza humanizada; es decir, la construcción de los individuos como seres sociales y a partir de ahí, reconocer diferentes planos de análisis y procesos que configuran sistemas jerárquicos multidimensionales. Los procesos de determinación social no actúan como agentes biológicos-físicos-químicos en la generación de la enfermedad, no tienen especificidad etiológica, ni obedecen a una mecánica de dosis-respuesta”* (López, 2011).

Sin embargo, dentro del propio movimiento de la Medicina Social, se ha producido un cuestionamiento del antropocentrismo ya que para Granda *“...las ciencias naturales actuales nos indican que la materia y la naturaleza tienen historia y que la autoorganización y autoproducción son características generales para los cuerpos sociales, naturales y físicos. Nos instruyen, entonces, que la potencialidad del ser humano de ordenar el mundo a su arbitrio es una idea que pertenece a la noche científica que produjo tanto desarrollo y tanto daño. También nos aconsejan repensar sobre aquella división tajante entre ciencias naturales y sociales... la posibilidad de construir*

una presencia diferente y comprometida por parte de la salud pública en este momento de "pérdida del antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico" parece no radicar en escoger un camino que la lleve hacia una supuesta verdad; es por esto que, al intentar caminar como práctica social/disciplina/función estatal, es fundamental que reconozca que:

- a) Los saberes y las prácticas deben relacionarse con la vida en su complejidad, diversidad y eterna temporalidad.*
- b) Sus teorías, métodos y técnicas vendrán de diversas disciplinas (epidemiología, gestión, ciencias sociales, ecología).*
- c) El sentido común esclarecido junto con una ciencia prudente serán los que posibiliten una "nueva configuración del saber que se aproxima a la 'phronesis' aristotélica, o sea, un saber práctico que da sentido y orientación a la existencia y crea el hábito de decidir bien".*
- d) Su accionar no es ni podrá ser únicamente estatal, sino muy ligado al mundo de la vida individual y colectiva con miras siempre a forjar públicos o identidades por la salud que guíen y ejerzan control social sobre su salud, sobre las estructuras y sobre el Estado para el cumplimiento de sus deberes en este campo"*(Granda, 2009).

En la discusión del fenómeno humano, en particular las articulaciones entre lo individual y lo colectivo, se alerta de dos errores simétricos que deben ser superados, "dos tipos extremos de reduccionismo: el *reduccionismo fisicalista*, que reduce la noción de salud a los niveles inferiores del sistema complejo (al nivel orgánico, celular o, incluso, molecular); y el 'reduccionismo' holista que remite todo hecho de salud a los niveles superiores del sistema complejo (los modos de producción, la estructura de clases o las formaciones culturales)"(Samaja, 2007). En el intento de concebir la dialéctica real de la vida humana, Samaja plantea la necesidad de encontrar los niveles intermedios entre los niveles de lo *orgánico* y lo *social*.

Conocer para transformar, conocer científicamente para ayudar a transformar

Desde la Medicina Social, no es suficiente comprender la realidad, sino que es más importante conocer la realidad para contribuir a su transformación, utilizando las herramientas de la investigación científica. El reto es integrar de manera creativa, con la participación no solamente de los investigadores, los profesionales de la salud, sino con los actores sociales en conjunto, las mejores herramientas del conocimiento de la realidad para su transformación. Lo adecuado es compartir herramientas para la acción transformadora de las comunidades que cuentan con el saber ancestral y con el saber surgido de sus experiencias de vida, tan válidas como la información científica sobre

determinado problema de salud. Esta conjunción de saberes orientaría acciones dirigidas a transformar las condiciones que impiden una vida digna y saludable. La información y conocimiento de los investigadores y de la comunidad deben servir para que la propia comunidad salga fortalecida en su organización y en la satisfacción de sus necesidades sentidas.

Como investigadores, la tarea consiste en participar en procesos de transformación junto a los demás actores sociales. La Medicina Social procura valorar el conocimiento científico y otras formas de conocer, leer y observar la realidad, sin soslayar el conocimiento surgido de la experiencia.

El caso de los determinantes y la determinación social de la salud

Desde la Medicina Social se ha llevado a cabo una confrontación con formas de replanteo estructural funcionalistas, positivistas y neopositivistas. La propuesta de determinantes sociales de la salud ha merecido un análisis particular señalando que no se han incorporado la última producción latinoamericana de la Medicina Social, y se han incluido a los determinantes estructurales e intermedios como agregados sin considerar su génesis histórica y sus interrelaciones. Estos llamados determinantes se asumen como factores externos con sus asociaciones incluso probabilísticas, enmarcados en un enfoque de riesgo (Breilh, 2008). *“...no podemos, por ejemplo, recaer en una retórica vacía y voluntarista, que repite sin contenido emancipador formulaciones como la de los “determinantes sociales de la salud”, que apenas remozan el paradigma obsoleto y funcionalista del positivismo. Tenemos que recuperar la construcción original latinoamericana de la determinación social de la salud, que suena parecido, pero que trae un contenido e implicaciones prácticas diametralmente distintas, pues en su búsqueda de las claves de un orden social hecho para la vida, busca desnudar, junto a nuestro pueblo, la insaciable maquinaria de destrucción de los derechos humanos y de la naturaleza que ha montado una minúscula élite empresarial, que se erige en dueña del mundo, y coloca al planeta y al futuro de la especie humana al borde del abismo”* (Breilh, 2012)

En este punto es importante reflexionar si la tarea es promover una discusión sobre las diferencias entre “determinantes” y “determinaciones” o formular propuestas convergentes, que permitan lograr consensos y avances en la práctica de la salud. Desde la Salud Colectiva brasileña, la propuesta es de enfocarse no sólo en el proceso salud-enfermedad, sino en la práctica de la salud, incluyendo aquellas que enferman y causan muerte, y aquellas prácticas que dan salud y fortalecen la vida.

Como señala Granda (2007) "La Salud Colectiva Brasileña propone que nuestro objeto de reflexión e intervención no sean meros individuos, sino sujetos sociales y también recomienda dislocar el acento puesto sobre la cuestión de la salud/enfermedad hacia la práctica de la salud lo cual -para mi modo de entender-, apoya la ampliación del horizonte de visión y acción de la Salud Colectiva - Medicina Social y posibilita una relación mucho más directa con aquellas prácticas médicas y no médicas que ayudan a promover la salud y prevenir y tratar la enfermedad. La Medicina Social, bajo la recomendación de la Salud Colectiva debería ampliar su preocupación hacia las prácticas y no solo al desciframiento de los determinantes de la enfermedad. Al así proceder podría también ampliar su campo de visión ya que, no vería solamente la enfermedad y la muerte sino que también podría mirar la salud y la vida; no solamente explicaría las causas de la enfermedad, sino que también podría interpretar las formas de vida que producen salud; no solamente analizaría la medicina determinada por el desarrollo de las fuerzas productivas, sino que ampliaría su preocupación y acción hacia las prácticas médicas o no médicas determinadas o emergentes relacionadas con la salud y la enfermedad." (Granda, 2007: 7)

"La Salud Colectiva brasileña propone dislocar el acento puesto en la salud/enfermedad hacia la categoría práctica de la salud, pero aquella voz no se halla sola sino que desde otros ámbitos también se recomienda que la reflexión y la acción de la Medicina Social se dirija hacia el ámbito de la práctica; uno de ellos es, por ejemplo, Mario Testa quien, en ese entonces, había producido ya una buena parte de los sustentos para repensar la planificación como una práctica política y no solamente como una propuesta técnica (Granda, 2007: 7)

De la diferenciación disciplinaria a la unidad en la acción

La Medicina Social se encuentra abierta al diálogo y a otras formas de conocer, muy alerta a no caer, a nombre de la triangulación conceptual o metodológica, en la construcción de un "monstruo de varias cabezas", sin una base epistemológica sólida (Betancourt, 1999). Igualmente, la Medicina Social ha procurado protegerse de eventuales dogmatismos. En su nacimiento en 1984 en Riberão Preto, en el momento fundacional de ALAMES, se reúnen varias corrientes del marxismo, con avances importantes conceptuales y metodológicos, pero no exento de posibles sectarismo y dogmatismo, de realidades creadas en la academia, frente a la "realidad real" (Granda, 2004: 5).

La unidad o apertura a la Salud Pública, se podría dar en la propuesta de transformación de las prácticas de la lucha por el derecho a la salud. La Medicina Social *“nos habría facilitado hacer un uso crítico de las teorías, proponer aproximaciones metodológicas distintas y utilizar diferentes técnicas en la medida en que todas ellas puedan dar cuenta de los compromisos del presente y de fines u objetivos amplios como por ejemplo constituyen la reforma sanitaria Brasileña, o el gobierno en salud de la Ciudad de México, o el comando del Ministerio de Salud de Venezuela, o del Foro Salud del Perú; u objetivos más circunscritos relacionados con reivindicaciones sociales dirigidas a la salud, o propuestas relacionadas con el avance de las instituciones públicas para el mejor desarrollo de las acciones de salud”*

“Pasamos, entonces en la Medicina Social desde el afán de poseer la verdad hacia una propuesta de construcción conjunta en cuanto práctica de transformación. Esta situación corrige en buena medida aquella proyección un tanto “dogmática” y “prometeica” de algunos de nosotros en nuestros momentos constitutivos, para pasar a proponer una Medicina Social abierta a nuevas metáforas que traen nuevas interpretaciones y variados métodos. Es el momento en que la Medicina Social tiene necesariamente que hacer una reflexión sobre la necesidad de que la ciencia camine con la ética, en la medida en que cada día comprendamos mejor que la ciencia moderna transformada en fin y medio debía reconocer que los hombres y mujeres siempre pondrán los fines mientras que la ciencia constituirá nada más que un medio”

“En esa medida los afanes excesivos por una cientificidad positiva de los albores de la ALAMES dan paso a la concepción que la razón instrumental constituye nada más que una forma de producir conocimientos y de accionar alrededor de la salud, pero no como la única forma de hacerlo. Me parece que también comprendemos que más vale sumergirse en la realidad y producir un saber conjunto con la población –que al vivir produce su salud y que a través de su acción la defiende-, que producir una supuesta evidencia desgajada de la práctica social.

En otras palabras estaríamos ampliando nuestro campo de acción que al inicio se constituía como un quehacer de intervención técnica-normativa a una acción interpretativo-mediadora o cuidadora (Granda, 2004: 7-8)”.

La Medicina Social frente al capitalismo imperial global depredador, a la aceleración productiva y despojo de la salud, la vida y el ambiente

Los últimos años, con una definición clara de la globalización económica, política social y cultural bajo la hegemonía del capitalismo global imperial, la

atención de los intelectuales de la Medicina Social han persistido en su crítica a la economía política del capitalismo en esta su fase superior, pese a los cambios del llamado campo socialista, la caída del muro de Berlín, los procesos de desmovilización y desmoralización de las izquierdas y, en general de los sectores progresistas, de las décadas del 80 y 90 del siglo pasado. El movimiento de la Medicina Social, mantuvo sus principios, asimilando las experiencias diversas, y participando en el ascenso y la dinámica de movimientos populares, gobiernos progresistas y espacios diversos de integración regional. La actual crisis multidimensional del capitalismo, que incluye la crisis sanitaria y ambiental, finalmente son materia de crítica de otros movimientos más allá de la Medicina Social.

En este contexto, se define la globalización no sólo como un fenómeno económico y político, sino también ideológico y cultural, basado en el neoliberalismo, y su filosofía privatizadora, anti estatal, y de fundamentalismo mercantil. Desde la Medicina Social se ha llamado la atención sobre los impactos negativos de la crisis global del capitalismo en la salud, la vida y el ambiente. Se señala las amenazas de la globalización sobre el ambiente a través de la proliferación de armas de destrucción masiva, la manipulación del patrimonio genético de la humanidad (alimentos transgénicos, clonación humana y terapia genética), el calentamiento global y la masiva deforestación del medio natural, además de los impactos negativos de la explotación de los recursos naturales (Feo, 2002), (Feo & Jiménez, 2009).

Las consecuencias de este proceso se produce de manera diversa y tiene diferentes manifestaciones:

- Las necesidades de acumulación del capital transnacional especulativo y financiero⁵ que lleva a la quiebra de las instituciones financieras, a su salvataje por el Estado y, una vez reflotadas, a su nueva privatización, en un círculo que ha llevado a la actual crisis global, que traslada la carga de su pago a los ciudadanos de todo el planeta recortado avances sociales como el acceso a salud: beneficios privados, costos públicos⁶.

⁵ Ver textos de Oscar Ugarteche, donde muestra que es el capital especulativo financiero el que lleva la dinámica frente al capital productivo, haciendo que este deba acelerarse. Ver: http://alainet.org/active/show_author.phtml?autor_apellido=Ugarteche&autor_nombre=Oscar

⁶ En su texto "Esperanzas y realidades. La unidad de América Latina y el Caribe", Noam Chomsky sostiene que el capitalismo moderno no sólo es imperialista, sino que es perverso, sobrevive en medio de crisis cíclicas, donde los costos son pagados por los más pobres y las ganancias son derivadas a los más ricos: costos públicos y ganancias privadas. Frente a ello, fundamenta que la integración regional es el requisito indispensable para obtener la independencia real, la democracia y un desarrollo significativo, en espacios como el de UNASUR.

- La especulación financiera alienta al capital productivo transnacional a una necesidad extrema de la aceleración productiva, que no respeta países, naciones, ambiente, vidas y culturas, siendo factor de la agudización de las causas del cambio climático, de la persistencia y agravamiento de viejas y nuevas patologías.
- La globalización y la crisis actual producen cambios en el mundo del trabajo, en la organización, contenido y nuevas formas de trabajo. La salud de nuevos segmentos de trabajadores de comercio y servicios, incluyendo los trabajadores de la salud (Luna, 2009). A los procesos de desgaste obrero (en el trabajo asalariado), se multiplican y diversifican en procesos paralelos de desgaste de otras formas de explotación del trabajo no asalariado: trabajo para la supervivencia cotidiana (pobreza extrema), trabajo infantil, trabajo precario, trabajo servil y semi servil, trabajo forzado y semi esclavo.

La vida en cualquier sociedad se desarrolla dinámicamente bajo la determinación de un gran movimiento metabólico que vincula a la sociedad humana con la naturaleza; un proceso complejo que en etapas anteriores de nuestra historia estuvo regido por la lógica de la necesidad del sujeto social. En etapas pre-coloniales, por ejemplo, se aplicó la lógica de la vida, de la producción del sujeto vivo, que imponía su sello al modo de trabajar, de vivir, organizar la economía y la cultura. Con el capitalismo y su lógica de concentración de la ganancia, la distribución de recursos y oportunidades se produce marcada por la matriz de poder basado en criterios de clase, género y etnia. Todo, incluyendo el ser humano y el propio ambiente, es valorado no por valor de uso, sino por su valor de cambio. De manera más desembozada desde los años 80 *"se desataron tres agresivas estrategias que tienen un profundo impacto sobre la vida y la salud: a) una recomposición productiva basada en una revolución tecnológica sui generis para acelerar y amplificar la capacidad de ganancia; b) en ciertos espacios, el despojo radical de los recursos vitales alimentarios, minerales y energéticos por la vía militar o por medios fraudulentos como la imposición de agresivos tratados comerciales; y c) por medio del aprovechamiento oportunista de los desastres naturales y episodios del shock social que vulneran las capacidad de resistencia y defensa de los pueblos. El resultado de varias décadas de impulsiva aceleración están a la vista y se reflejan en una crisis múltiple de la reproducción social en el capitalismo: crisis económica, financiera; crisis cultural; crisis sanitaria y crisis ambiental (Breilh, 2012: 11-12).*

2. PROPUESTAS DE POLÍTICAS EN SALUD DESDE LA MEDICINA SOCIAL

Como se ha mencionado, el movimiento de Medicina Social o Salud Colectiva surge y se desarrolla a nivel académico en la investigación y la docencia, pero también muy relacionado a los movimientos y procesos sociales, incluyendo responsabilidades de gobierno local o nacional. Derivado de su propuesta teórica, ha formulado algunos principios de políticas: el derecho a la salud, la garantía de este derecho por el Estado, la responsabilidad del empleador de brindar adecuadas condiciones de trabajo a los trabajadores, el acceso universal a los servicios de salud frente a las propuestas de aseguramiento, los enfoques transversales de género, interculturalidad, intergeneracional, y en relación al tema ambiental, entre los más importantes (ALAMES, 2011) (Navarro, n.d.) (Fleury, 2002).

Al sostener que el modo de producción y las relaciones de poder económico social, se ubican como determinaciones de la reproducción social y de la distribución social de la salud-enfermedad, ha basado sus propuestas de políticas públicas en el cuestionamiento del modelo de desarrollo y en las relaciones de poder, sedimentado en las bases de una sociedad capitalista. Así mismo, ha significado un deslinde con posiciones neoliberales en el campo de la salud, incluyendo organismos financieros internacionales (Laurell, 1993).

La necesidad de cuestionar el modelo de desarrollo

Una perspectiva exclusiva de protección ambiental no cuestiona el modelo de desarrollo que deteriora al ambiente, que lo devasta, producto de su ambición y afán de acumulación de riquezas. Por lo tanto, sería adecuado definir un modelo de desarrollo distinto, ya que no es posible preservar el ecosistema y la salud humana bajo un modelo de desarrollo vigente, sustentado en la depredación y en el mercantilismo. El objetivo no es el “*mejorar*” este modelo, como plantean organismos internacionales, o hacer bien las cosas para que este modelo de desarrollo funcione bien, sino, por el contrario, la idea es superar los problemas endémicos como la pobreza y la inequidad, propender a la preservación del ambiente, de la salud y de la vida. La Medicina Social plantea la importancia de construir otro modelo, con los aportes de los grupos de América desde la perspectiva de los pueblos originarios que ancestralmente han tenido una relación adecuada con el ambiente (ALAMES, 2011).

Los activistas de la Medicina Social también han sido participantes de los movimientos sociales y de las alternativas de gobierno y de poder nacional y local, de los procesos de integración subregional y regional, y de la recuperación de las formas de ver la vida de la ancestral cultura andina, sintetizados en la visión del Buen Vivir o Vivir Bien, promovidos por el ascenso de gobiernos progresistas en América Latina y el Caribe. Cabe recordar que la subregión andina es una de las de mayor vulnerabilidad frente a los impactos negativos del cambio climático, afectando a los campesinos más pobres (Amat y León, 2008)(Feo & Jiménez, 2009).

La necesidad de considerar el poder político

Una vez identificadas las relaciones de poder presentes en un espacio determinado es necesario analizar el peso que tienen las relaciones de poder local frente a otros niveles de poder regional, nacional o global. Cuando se junta en una mesa al gobierno, a los sindicatos, a las comunidades para discutir o tomar decisiones, o cuando se promueven los comités ambientales, comités de salud (que son en la representación de la comunidad) se está trabajando a un nivel local. Si se actúa solo a ese nivel, quedaría un vacío de la dimensión del poder a nivel regional, nacional y global.

La reducción de la dimensión social a tres actores: las comunidades, los hacedores de política y los investigadores para llegar a acuerdos y avanzar en un mismo camino no es suficiente para lograr cambios favorables a la protección de la salud y del ambiente. Los aspectos socio-económicos son mucho más complejos, existe una multiplicidad de intereses y de posiciones de poder. En este aspecto, la Medicina Social ha trabajado con los distintos actores sociales, intercambiando estrategias para que las relaciones de poder sean equitativas y consolidadas, para disputar el poder y la toma de decisiones con los grupos que habitualmente lo han hecho de una manera unilateral.

Algunos de los principios de política desde la Medicina Social

En diferentes espacios de nivel nacional o local, incluso en espacios de integración subregional o nacional, en diferentes momentos, activistas de la Medicina Social o Salud Colectiva, han promovido algunos principios rectores de políticas públicas en salud. Principalmente, son propuestas que se contraponen a las propuestas neoliberales que promovieron y promueven, más o menos abiertamente la privatización, la desconcentración o municipalización, y la focalización.

Algunos de estos principios son:

- Derecho a la salud como parte de los derechos sociales. La Medicina Social ha defendido la salud como un derecho humano universal, frente a las propuestas neoliberales de ubicarla en el campo del mercado (Torres & Paredes, 2005), considerando las desigualdades e inequidades (Benach, n.d.).
- La defensa del rol del Estado como garante del derecho a la salud. Frente a las propuestas privatizadoras, que se originan en algunos organismos financieros y académicos internacionales (Laurell, 1980) (Laurell, 2012).
- La propuesta de políticas de salud integrales, superando la mera atención, y que comprendería al menos (a) los determinantes sociales, políticos, culturales, (b) los estilos de vida, (c) la socialización y el empoderamiento que relaciona las intervenciones individuales y colectivas (Navarro, n.d.), (Feo & Jiménez, 2009).
- La obligación de los empleadores de brindar adecuadas condiciones de trabajo, salud y seguridad a los trabajadores (Luna, 2009).
- Sistemas universales frente a propuestas de aseguramiento universal (Laurell, 1993).
- Perspectivas y enfoques transversales: Interculturalidad y género (Breilh, 1991).
- La defensa del ambiente como parte de la defensa de la salud y la vida, incluso el establecimiento de los derechos del ambiente o de la Mama Pacha en Bolivia y Ecuador. Las conferencias nacionales de salud de los trabajadores en el Brasil⁷, que constituyen procesos masivos de movilización social, reflexión teórica conceptual y metodológica, sobre las relaciones entre salud de los trabajadores y ambiente (Porto, 2005) (Cohn, 2008).

3. GESTIÓN EN SALUD DESDE LA MEDICINA SOCIAL

⁷ La publicación periódica "Ciencia & Saúde Coletiva" de la Asociación Brasileña de Postgraduados en Salud Colectiva (ABRASCO), registra estos procesos. Ver: <http://www.redalyc.org/revista.oa?id=630>
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1413-8123

Desde la Medicina Social no se ha sistematizado una propuesta de gestión de la salud, pero los enfoques conceptuales, las experiencias de promoción de políticas públicas en salud y la propia experiencia social de sus cuadros permite identificar algunos componentes en esta dimensión. Los elementos de una propuesta de gestión en salud desde la Medicina Social son: el rol del investigador como intelectual orgánico, la participación y el protagonismo social de la comunidad o los trabajadores y sus organizaciones, la transparencia y la ética pública, la movilización y el control social, el respeto del conocimiento comunitario y el conocimiento obrero como el pensamiento ancestral andino, las propuestas de acumulación de fuerzas hacia procesos de cambio global.

Ciencia, participación y experiencia popular

Desde la Medicina Social se apuesta por el compromiso de la ciencia con el cambio, proceso en el cual el intelectual es actor involucrado desde el momento de generación del conocimiento científico. Uno de los aspectos centrales al respecto ha sido la relación entre conocimiento y praxis, en unos casos mostrando las limitaciones de la experiencia obrera o comunitaria. Las limitaciones de estas nuevas formas o formas diferentes de generar conocimiento, a partir de casos no alcanza niveles de generalización y teorización, pero además no logran superar el marco de la salud pública y medicina del trabajo tradicional limitado a la noción de factores de riesgo que pueden causar daño (Laurell, 1984).

La participación social desde la Medicina Social, es un requisito de cualquier propuesta renovadora. La movilización social, la construcción del sujeto colectivo es consustancial a las propuestas de reformas sanitarias.

Sin embargo, no se trata de quedarse en el “movimientismo”, para el cual toda movilización social es transformadora. Casos como el proceso de reforma sanitaria italiana muestran que pese a que pueda ocurrir un amplio e intenso movimiento y movilización desde abajo, de carácter masivo, que incluso alcanza a cuestionar la organización capitalista del trabajo, no logra remontar una contrarreforma basada en la desconcentración productiva y la innovación tecnológica (Laurell, 1984). En otros casos se considera que la participación de los trabajadores debe permitir superar su rol de servir de mera fuente de información, lograr su involucramiento en las medidas preventivas, la identificación de sus necesidades sentidas, y debe ampliarse al ámbito de los técnicos, directivos y empleadores (Betancourt, 1999).

El caso de la Reforma Sanitaria brasileña, por su parte, si bien no significó el cambio previo de las relaciones en el campo del poder político y económico, sentó las bases de un sistema de salud universal, e incorporó componentes de una propuesta de Salud Colectiva, que incluso persisten hasta hoy, en una lucha tenaz con las propuestas privatizadoras, focalizadoras y desconcentradoras. Este proceso implicó una amplia movilización social de trabajadores, sectores populares, intelectuales y políticos.

Por ejemplo, la descentralización es una de las banderas de la Medicina Social como política pública (por ejemplo el caso de la Reforma Sanitaria brasileña), descentralización que implica delegación de poder, responsabilidades, pero también transferencia de recursos y capacidades humanas, políticas y financieras. A diferencia de la desconcentración, que en lo fundamental, delega responsabilidades pero no recursos, ni capacidades, por tanto delega poder muy limitadamente.

Un componente central en la gestión de la salud desde la Medicina Social es el control social, que viene asociado a principios y estrategias de transparencia, rendición de cuentas, planificación, presupuestos y monitoreo participativo. En este aspecto, la participación social cobra un rol dinámico que supera la participación a nivel de información de los actores sociales, o de validadores de hallazgos de los técnicos. Se incorporan como actores y protagonistas de procesos sociales de cambio de las condiciones de salud, sus determinantes, de la formulación de proyectos político sociales, de procesos de planificación estratégica y de presupuestos participativos, pero además de vigilantes y sujetos de las propuestas de vigilancia de la salud, incorporando metodologías como el del monitoreo participativo (Breilh, 2002). En el caso de Brasil, el control social ha adquirido legalidad en el sistema de salud, y se ejerce de manera sostenida (Cohn, 2008).

El estudio de salud: riesgo, factores de riesgo, procesos peligrosos

La gestión de la salud si desea asumir propuestas de prevención profunda, requiere de un marco teórico correspondiente, que revele las determinaciones. La Medicina Social desde sus inicios puso en duda el concepto de "factor de riesgo", buscando construir conceptualmente la realidad mediante el proceso de investigación que identifique las determinaciones y sus mediaciones del proceso salud-enfermedad, identificando sus características generales, particulares y singulares, y los procesos protectores y destructores.

El propio Modelo Obrero no habría logrado superar el marco conceptual de los factores de riesgo, con predominio de los factores de riesgo ambientales: físico, químicos, biológicos, mecánicos (Laurell, 1984).

En el estudio de la salud en el trabajo, se ha propuesto el concepto de procesos peligrosos y procesos positivos (Betancourt, 1999)(Betancourt, 1995), que asumen una perspectiva sistémica y dinámica de las condiciones, la organización y el contenido del trabajo. En el caso de la salud laboral, debe desentrañar incluso las relaciones sociales de producción, las formas de explotación de la fuerza de trabajo, de generación de la ganancia, y los perfiles de desgaste correspondientes.

La actividad científica no es neutral: sirve para transformar

La Medicina Social asume que la actividad científica no es neutral, ubica a los actores sociales afines a la propuesta en una posición comprometida con la idea de poner la investigación al servicio de la transformación de la sociedad, de procurar una sociedad mucho más justa, mucho más igualitaria, mucho más sana, buscando otras alternativas al modelo de desarrollo vigente.

Además de jugar un papel académico, de docentes, de investigadores se plantea la necesidad de tener una responsabilidad en el campo de la política. El rol que corresponde jugar desde la perspectiva de investigadores es el de trabajadores del conocimiento que tienen una responsabilidad social. Como personas, explícita o implícitamente los investigadores son entes políticos, independientemente de ser o no militante de un partido político determinado.

La multidisciplinariedad en la Medicina Social

En la Medicina Social, en particular en la propuesta de la epidemiología crítica, en término de disciplinas, existe una hegemonía de las disciplinas de las ciencias sociales, si bien ya desde muy temprano se ha avanzado en propuestas de integración de disciplinas.

La Comisión Gulbekian, presidida por el sociólogo Immanuel Wallerstein, hacia 1996 realizó una evaluación sobre las ciencias sociales(Wallerstein, 2002). En esta investigación concluye que si bien son necesarias las disciplinas, como la sociología, historia, economía, como disciplinas independientes, es mejor hablar de ciencias sociales de manera integrada. Que es mejor que el sociólogo, historiador, etc. asuman una posición de científico social con una perspectiva integrada. Pero, más aún, es importante

intercambiar contenidos, docentes y estudios entre ciencias sociales y ciencias naturales, superando la barrea actual entre estas disciplinas.

A MANERA DE CONCLUSIÓN: BASES PARA UN DIÁLOGO CONVERGENTE CON EL ENFOQUE DE ECOSALUD

Luego de la apretada revisión de la propuesta de la Medicina Social podemos anotar qué:

Teoría y enfoque

La Medicina Social o Salud Colectiva tiene una teoría filosófica en el materialismo y la dialéctica, en la economía política crítica y en el socialismo científico, y ha establecido como objeto de investigación la Salud en el campo de las relaciones de interdependencia entre Sociedad y Naturaleza, donde lo social subsume a lo natural. Por ello entiende la Salud como un proceso dinámico salud-enfermedad determinado histórica y socialmente.

Sin embargo, la Medicina Social representa un movimiento muy amplio y diverso, donde existen diferentes propuestas con énfasis en aspectos de estructura o acción/interacción, en el predominio del desarrollo de las fuerzas productivas o la dinámica de las relaciones de producción (como lo anota Juan César García).

Un enfoque, al ser una mirada que enfatiza en ciertos “focos”, puede ser asumido desde distintos marcos teóricos, ya que se sustentan en teorías diversas. La Medicina Social puede relacionarse con los enfoques o perspectivas, en términos conceptuales como fuente de evidencias, o como ejercicios de triangulación conceptual y metodológica.

Naturaleza, Sociedad y Salud

La Medicina Social entiende, desde el materialismo dialéctico, que la Naturaleza ha seguido un desarrollo de evolución dialéctica (Dialéctica de la Naturaleza), pero que al surgir la especie humana y aparecer la Sociedad se establece una nueva forma de evolución dialéctica de la Sociedad (Materialismo Histórico), que subsume a los fenómenos naturales en los fenómenos sociales. En la producción y reproducción social el hombre transforma la naturaleza y se transforma a sí mismo.

El Capitalismo global e imperial actual, al requerir incesantemente de mayor productividad para lograr ganancias en el campo especulativo financiero,

conlleva a un despojo de los recursos naturales de los países y sus pueblos, y de la salud y la vida de las poblaciones. Ha llevado a una crisis ambiental, como parte de una crisis multidimensional, incluso de una crisis civilizatoria global.

La Medicina Social asume una posición antropocéntrica, pero que en el diálogo y desarrollo de la salud intercultural ha revelado una mayor atención a los temas ambientales y ha encontrado una fluida empatía con el pensamiento ancestral andino del Buen Vivir o Vivir Bien, llegando a incluso proponer los Derechos de la Naturaleza, o incorporar la noción de Mama Pacha o Pachamama. Siendo ciudadanos latinoamericanos, no podría ser de otra manera⁸.

Ciencia y política, incidencia política

Para Ecosalud la incidencia política es entendida como la influencia en las políticas públicas, no necesariamente para cuestionar las relaciones de poder. La Medicina Social no se limita, solo a “influnciar” en las políticas sino que considera que el conocimiento científico debe acompañar el movimiento social brindando herramientas para que pueda formular propuestas estratégicas de transformación de las relaciones de poder económico, político y social.

La rica experiencia de los cuadros de la Medicina Social en la gestión pública no sólo nacional y subnacional, sino incluso en los espacios de integración supranacional, y los consensos y liderazgo alcanzado, brindan un espacio para alcanzar la hegemonía de sus propuestas, en el sentido que le da Gramsci, como hegemonía moral, alejado de fundamentalismos y construyendo consensos transformadores.

⁸ Quijano (2012) sostiene que nos encontramos ante un nuevo cambio de era, de un nuevo horizonte de sentido de la especie Humana, que supera el actual horizonte de sentido basado en el poder eurocentrado y en el modelo de acumulación capitalista global, que lleva a la crisis ambiental y al posible exterminio de una “porción” importante de la especie humana. Este fenómeno es mucho más que una crisis multidimensional, es un cambio de sentido de la Historia, que desde el s.XVI al XVIII se impuso, no sólo como poder eurocentrado, capitalismo global, sino en la misma subjetividad de la Humanidad. El nuevo horizonte de sentido, tiene entre sus principales vertientes las raíces de la cultura andina y afro de América Latina, y será un cambio en la subjetividad de la Humanidad, un reencuentro con la naturaleza y con los otros.

Bibliografía

- Carvajal, Yuri. 2009. El traje social del emperador y una prolongada controversia en la salud pública latinoamericana. En: Revista Medicina y Humanidades. Vol. I. N° 3. (Sept.-Dic.) 2009. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
- Duarte Nunes, Everardo (Editor). 1986. Ciencias Sociales y Salud en la América Latina. Montevideo: OPS-CIESU, 1986
- Franco, Saúl; Nunes, Everardo; Breihl, Jaime, Laurell, Cristina. 1991. Debates en Medicina Social. Quito: OPS-ALAMES, 1991.
- Franco, Saúl. 2009. En los primeros veinticinco años de ALAMES. En: Medicina Social (www.medicinasocial.info) volumen 4, número 4, - 242 - diciembre de 2009.
- ALAMES, P. H. M. otros. (2011). El debate y la acción sobre la determinación social de la salud posición desde los movimientos sociales. Rio de Janeiro, Brasil.
- Amat y León, C. y otros. (2008). *El Cambio Climático Climático*. (SGCAN, Ed.) (p. 37). Lima.
- Benach, J. (n.d.). La salud de todos y sus causas La salud pública, la equidad y sus causas: ¿de qué depende nuestra salud? . Barcelona, España.
- Benach, J., & Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?* (I. de A. E. de S. P. M. de S. y D. S. de la R. B. de Venezuela, Ed.) (p. 159). Maracay, Venezuela.
- Betancourt, O. (1995). *La Salud y el Trabajo. Reflexiones teórico-metodológicas. Monitoreo epidemiológico. Atención básica en salud*. (CEAS & OPS, Eds.). Quito.
- Betancourt, O. (1999). *Para la enseñanza e investigación de la Salud y Seguridad en el Trabajo*. (OPS/OMS & FUNSAD, Eds.). Quito.
- Breilh, J. (1991). *La triple carga. Deterioro prematuro de la mujer en el neoliberalismo*. (CEAS, Ed.). Quito.
- Breilh, J. (2002). De la vigilancia convencional al monitoreo participativo.

- Breilh, J. (2012). Ciencia crítica por la vida en tiempos de una sociedad de la muerte. *XII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva* (p. 15). Montevideo.
- Cohn, A. (2008). A reforma sanitária brasileira: a vitória sobre o modelo neoliberal, *3*, 100–112.
- Feo, O. (2002). Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente, 887–896.
- Feo, O., & Jiménez, P. (2009). Cambio climático y salud. *Posibles*, 14–21. Retrieved from <http://www.elagora.org.ar/site/posibles/N4/PoSIbles-4.pdf>
- Fleury, S. (2002). *Reforma del Estado*. (I. BID, Ed.) (pp. 1–43).
- Granda, E. (2004). ALAMES: Veinte años. Balance y perspectiva de la Medicina Social en América Latina.
- Granda, E. (2009). *La Salud y la Vida 1* (Vol. 1).
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *12*(2), 128–136. Retrieved from http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000800013&lng=es&nrm=iso&tIng=es
- Laurell, A. C. (1980). La política de salud en los ochenta. *Cuadernos Políticos*, (23), 87–97.
- Laurell, A. C. (1993). La salud: de derecho social a mercancía. *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud* (p. 11). México, D. F.: Fundación Friedrich Ebert. Retrieved from http://www.javeriana.edu.co/Facultades/C_Sociales/Profesores/jramirez/PDF/laurell-saludymercancia.pdf
- Laurell, A. C. (2012). Impacto del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) sobre el acceso a los servicios, el gasto de bolsillo y el financiamiento del sector público de salud en México. *Investigación y Políticas. Programa CLACSO-CROP de Estudios sobre Pobreza / Serie documentos breves, Dic 2012*, 2.
- Luna, J. (2009). Globalización y Salud de los Trabajadores, *2*(5), 2–11.
- Navarro, V. (n.d.). ¿QUE ES UNA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD? Universidad Pompeu Fabra Barcelona / Johns Hopkins University Baltimore.

- Porto, F. (2005). S a ú de do tra b a l h a dor e o desafio ambien t a l: con tri buições do en foque eco s s oc i a l , da eco l ogi a po l í tica e do movi m en to pela ju s tiça ambien t a l. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 10 Nro. 4.
- Rodríguez, M. I. (1981). El Trabajo Científico Investigativo en la Formación de los profesionales de la Salud. *Ciencias Sociales y Ciencias de la Salud* (pp. 40–57). Santo Domingo: Impresora Corporán, C. por A.
- Samaja, J. (2007). *Epistemología de la Salud* (Primera., p. 234). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Torres, M., & Paredes, N. (editores). (2005). *Derecho a la Salud. Situación en países de América Latina* (p. 250). Bogotá.
- Wallerstein, I. (coordinador). (2002). *Abrir las ciencias sociales. Informe de la Comisión Gulbenkian para la reestructuración de las ciencias sociales*. (E. siglo XXI, Ed.) (6ta. ed.).
- Laurell, Asa Cristina. 1984. Ciencia y experiencia obrera: la lucha por la salud en Italia. En: Cuaderno Políticos Nro. 41. México D.F. 1984. Págs. 63-83.
- Laurell, Asa Cristina. 1982. La Salud-Enfermedad como proceso social. En: Cuadernos Médico Sociales Nro. 19. Enero de 1982. Págs. 1-11
- Laurell, Asa Cristina. 1978. Proceso de trabajo y salud. En: Cuaderno Políticos Nro. 17. México D.F. Editorial Era, julio setiembre de 1978. Págs. 59-79.
- López, O. y otros. 2011. Los determinantes sociales de la salud y la acción política: Una perspectiva desde la academia. En: Eibenschitz, Catalina y otros (compiladores). 2011. ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Memoria del Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud, México D.F., 2008. UAM. México D.F. 2011. Págs. 253-272.
- Luna, Jairo; Cuspoca, Decssy; Vásquez, Laura (Compiladores). 2009. Trabajo, Crisis Global y Salud. VII Seminario Internacional. Universidad Nacional de Colombia.
- Quijano, Aníbal. 2012. Conferencia “Poder hegemónico global y UNASUR”. Universidad Ricardo Palma. Lima, 21 de noviembre de 2012.

ENCUENTROS Y DESENCUENTOS ENTRE LA MEDICINA SOCIAL Y EL ENFOQUE DE ECOSALUD

Óscar Betancourt
FUNSAD-COPEH-LAC

El sustento teórico

Analizar los planteamientos y el desarrollo de la Medicina Social y del enfoque de Ecosalud tiene en el momento actual una alta significación. En primer lugar por el hecho de que varios grupos de investigadores de América han tomado al enfoque de Ecosalud como un referente teórico-metodológico central y, en segundo lugar porque América Latina ha sido la cuna de desarrollo de la Medicina Social o Salud Colectiva, es en esta región del planeta en la que el desarrollo de la Medicina Social tuvo un gran impulso. *“Las contradicciones propias de los países latinoamericanos, que revelan con particular nitidez el carácter social de la enfermedad, explican porqué ha surgido una corriente de pensamiento en rápido desarrollo en el subcontinente”* (Laurell, 1982).

La Medicina Social plantea que el proceso salud-enfermedad de una sociedad concreta y en un momento determinado tiene profundas raíces en los procesos sociales que se han ido construyendo a lo largo de la historia de la humanidad y que, además, tienen un sello de clase. *“La interpretación del proceso salud-enfermedad colectiva articulada en la formación económico-social ha sido objeto de polémica periódicamente durante los últimos 150 años. Bajo una u otra forma ha surgido la proposición de que la enfermedad no puede entenderse al margen de la sociedad en la cual ocurre. La evidencia incontrovertible de que el panorama patológico se ha transformado a lo largo de la historia, que la patología predominante es distinta en una sociedad y otra en un momento dado, y que la problemática de salud difiere de una clase social a otra, dentro de una misma sociedad, comprueba el carácter social e histórico de la enfermedad”...las causas de la enfermedad debían buscarse no solamente en los procesos biológicos o en las características de la triada ecológica-huésped, agente y ambiente-, sino en los procesos sociales, en la producción y reproducción social, retomando así los planteamientos de la determinación social de la enfermedad”* (Laurell, 1982).

En cambio, el enfoque de Ecosalud no considera la categoría histórica de los fenómenos de salud, ambientales o sociales ni la determinación social de la salud. El enfoque de Ecosalud se mueve en un marco de multicausalidad y holístico, incorporando categorías o variables biofísicas (ambientales) y también sociales; considera a lo social y a lo ambiental como determinantes en la salud pero no solo de la humana sino también de los animales, diferencia importante con la Medicina Social. El enfoque de Ecosalud hace énfasis en lo preventivo, en la complejidad e incertidumbre de los fenómenos sociales, ambientales y de salud y no deja de mencionar la intención de cambiar las inequidades de todo tipo; la Medicina Social, por el contrario, rechaza la uni y

multicausalidad de las enfermedades y propone una noción de categorización, determinación y relaciones jerárquicas. El enfoque de Ecosalud, se sustenta en la teoría general de los sistemas, por ello considera a los ecosistemas y a la salud como un todo, con la presencia de subsistemas que difieren fundamentalmente por los grados de complejidad. El enfoque de Ecosalud habla de “dimensiones” (ecológicas, sociales, culturales, económicas y de gobernabilidad (Charron, 2012a) o de dimensiones biofísicas, socio-económicas espacio-temporales y dimensión humana de la salud (Freitas et al 2007), dimensiones que deben ser tomadas en cuenta para el encuentro de sus interrelaciones. En cambio la Medicina Social, al referirse al proceso salud-enfermedad, habla de formas de determinación, particularmente de determinación social (la estructura social, las formas de producción y propiedad de los medios de producción y, algo central, la división social en clases sociales).

El enfoque de Ecosalud asume la teoría de los sistemas como la presencia de varios elementos interconectados que intreractúan bajo ciertos límites. Varias ideas que se incluyen en el “paraguas del enfoque ecosistémico” señalan que el mundo en el que vivimos puede ser entendido como un sistema auto-organizado, holárquico y abierto, SOHO por sus siglas en Inglés . Asume también la teoría de la complejidad al hablar de la incertidumbre de nuestro conocimiento (Waltner 2001). En correspondencia con la Teoría General de los Sistemas, el enfoque de Ecosalud asume al ecosistema como un **todo**.

En el campo de las determinaciones, la Medicina Social no solo reconocía la determinación social, algunos teóricos afirmaban que *“existe una cuádruple determinación de la situación de salud según niveles: sociológico, ecológico, patogénico y etiológico, habiendo sido cada una de esas categorías manipuladas en términos ideológicos para generar formas de respuestas correspondientes: organización, ordenamiento de ambientes, instituciones preventivo asistenciales”* (Testa, 1979).

En una de las últimas publicaciones de miembros de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES, se refrendan los principales postulados de la Medicina Social, con la novedad de que se adopta una posición frente a las propuestas de los últimos años sobre los determinantes sociales de la salud (OMS, 2009). De un taller realizado a fines del 2008, en la ciudad de México surgieron planteamientos muy oportunos para el debate actual. Entre otras cosas se dijo que *“La categoría central de la Medicina Social (MS) y de la Salud Colectiva (SC) y que ha sido trabajada desde tiempos atrás es la ‘determinación social’ y no los ‘determinantes sociales’, lo que obligaría entre otras cosas a: Aclarar el concepto de ‘determinación’ frente a causalidad; distinguir entre intermediación y/o articulación, considerando que la determinación es la que define en última instancia a los procesos, en este caso, de salud-enfermedad; por lo tanto, no se considera aceptable hablar ni de determinaciones o determinantes intermedios, sino más bien de articulaciones”* (Eibenschutz, Tamez, & González, 2011). A más de la discusión de los determinantes y las determinaciones, es necesario discutir también

sobre los "indeterminantes". Una manera más dinámica de entender los determinantes es superando la idea de que *"el mundo está plenamente determinado por las supuestas leyes de la historia que determinan el comportamiento del fenómeno. En esta medida, no existe ninguna posibilidad del juego de indeterminantes que pueden cambiar la direccionalidad del futuro y establecer múltiples potencialidades del desarrollo de la sociedad y de su salud-enfermedad"* (Granda, 2009).

El enfoque de Ecosalud asume la noción de enfoque ecosistémico como un enfoque *conceptual y administrativo*, desarrollado y aplicado por ecologistas que trabajaron en la Comisión Internacional de los Grandes Lagos, que combinan ideas de la ecología ecosistémica, de las teorías de los sistemas complejos, de la teoría de catástrofe y de la teoría jerárquica. Alerta que el enfoque ecosistémico es una vía para juntar las **dimensiones** socioeconómicas y biofísicas de la salud (Waltner 2001). Se ve, entonces que el enfoque de Ecosalud desde sus inicios ha tenido la particularidad de contemplar un componente teórico y un componente estratégico. Con relación a lo primero y a igual que la Medicina Social, propone que la salud no es un fenómeno aislado de otros fenómenos de la naturaleza y de la sociedad, que se encuentra relacionado con los aspectos ambientales y sociales, claro, con las particularidades señaladas en líneas anteriores. A diferencia de la Medicina Social, el enfoque de Ecosalud incorpora de manera explícita un componente estratégico, tanto para la investigación como para las intervenciones (transdisciplinariedad, participación social, vinculación de los resultados de las investigaciones con las políticas sanitarias, promoción del enfoque y de resultados de investigaciones en decisores políticos). En la práctica eso ha permitido el desarrollo de herramientas para la investigación y para la intervención.

En la Medicina Social, al menos en sus primeros años, hubo debilidades en la incorporación y desarrollo de herramientas para la investigación bajo un referente teórico que rompía con las posiciones biologicistas e individuales de la salud. Había que marcar distancia con las herramientas de la epidemiología tradicional en la medida que respondían a corrientes de pensamiento positivistas y a posiciones ideológico políticas de carácter funcionalista. En el campo de la academia, era factible elaborar muy buenos marcos teóricos con débiles estructuras metodológicas e instrumentales. Otra consecuencia de estos vacíos se reflejaba en el momento de tomar decisiones y ejecutar intervenciones ante un problema concreto de salud pública en un lugar o población determinados. Poco a poco y con la ejecución de variados proyectos de investigación y de incursiones en las políticas públicas de los estados, esos vacíos se han ido llenando.

La Medicina Social, a diferencia del enfoque de Ecosalud, plantea de manera explícita la importancia de los procesos productivos de orden capitalista en la génesis de los problemas de salud (Laurell & Noriega, 1985). Es una de las razones por las cuales varios investigadores de esta corriente de pensamiento en América Latina y en otros países del mundo centraron sus esfuerzos en la

salud de los trabajadores, condiciones y medio ambiente de trabajo, generando también propuestas alternativas a la denominada salud ocupacional (Laurell et al., 1993) (Noriega et al., 2001) (Fassler, 1978) (Betancourt, 1999) (Laurell & Noriega, 1989) (Cabezas & Feo, 1994) (Messing, 2002).

Aspecto que no ha contemplado el enfoque de Ecosalud, la Medicina Social lo hace al incorporar elementos para discutir cómo en el mundo capitalista se considera a la salud y al cuerpo humano como una mercancía. *“En los últimos decenios el mercado demostró tendencias invasoras, que llegan ahora a involucrar nuestro mismo cuerpo”* (Berlinguer, 1993).

Lo ambiental y la salud

Por la hegemonía de lo biológico en la teoría y práctica de la medicina clásica, el interés de la Medicina Social de los primeros años se concentró en principalizar lo social. Eso hizo que se soslaye lo ambiental como un determinante importante en el proceso salud-enfermedad y en los impactos en el planeta. Es entendible la posición de la Medicina Social en los primeros años de la década de los ochenta del siglo veinte cuando se afirma que *“la salud pública, que debiera poder asimilar más fácilmente el planteamiento de la determinación social de la enfermedad, dada su orientación colectivista, sigue desarrollando una práctica como si las características principales que determinan la distribución desigual de la enfermedad en la sociedad fueran biológicas, o se debieran a problemas de un ambiente contaminado”* (Laurell, 1982). Sin embargo y dentro de la perspectiva de la Medicina Social, progresivamente han ido cobrando fuerza las discusiones sobre la relación del ser humano con la naturaleza, proceso que no ha concluido. Desde sus inicio se ha planteado que el deterioro del ambiente no surgen de hechos fortuitos sino de diversas leyes sociales, económicas y políticas en una formación social concreta, dentro de la cual existe una diversidad de intereses, muchos de ellos contrarios a la preservación del ambiente y de la salud humana.

En la naciente Medicina Social ya se hacían algunas referencias a las relaciones del ambiente con los seres humanos, relaciones de carácter negativo y positivo. Se hablaba de ambientes urbanos y rurales y de *“estímulos que parten del medio (incluido el hombre como parte del mismo) y que son tomados siempre en su carácter agresivo, negativo. Esta posición es inaceptable, ya que es inconcebible el desarrollo biológico y psicológico –para no mencionar el social- del hombre sin la función positivamente estimulante del medio”* (Testa, 1979).

En la Medicina Social se reconoce el papel de la geografía como una disciplina necesaria para el abordaje “multidisciplinario” de la salud pero como ya se dijo, desde sus inicios se plantea que el ambiente está subsumido por lo social, así, *“las condiciones climáticas, topográficas, hidrológicas se articulan con lo social no como factores sujetos a un análisis multivariado, factibles de ser todos correlacionados, sino que lo social se encuentra internamente jerarquizado, con base en un enfoque que privilegia los elementos estructurales (trabajo,*

salario) por sobre los coyunturales (educación, servicios de salud, vivienda, etc.)(Mercer & Vázquez, 1982).

En la Medicina Social, lo social es un aspecto determinante con relación al ambiente, tanto en el origen de los problemas de salud como en los impactos en los seres humanos. *“Desde los cambios en la radiación solar a las muertes por hambre causadas por la lógica del capitalismo, la gama de fenómenos ambientales es el resultado de un **mix** naturaleza sociedad...En las sequías como casi en todas las agresiones naturales, la tasa de mortalidad de los pobres es mucho más alta que la de los ricos”*(Escudero, 1996).

La Medicina Social plantea que inclusive en los llamados desastres naturales, la manera como impacta en un grupo humano o en otro tiene una explicación social. *“Existen otras agresiones naturales a la salud: temblores de tierra, erupciones volcánicas, deslizamientos de tierra, tormentas, rayos. En todas ellas hay un componente social agregado, a veces grande, a veces pequeño. En el terremoto de la ciudad de México de 1985 se mencionó a la provisión de cemento defectuoso por parte de contratistas como causa del colapso muchos edificios de la ciudad”* (Escudero, 1996).

Es interesante constatar cómo ha ido evolucionando las posiciones de la Medicina Social frente al ambiente, el mismo autor citado en el párrafo anterior, en la introducción de su artículo sobre ambiente y salud escribe de manera explícita que *“como vamos a referirnos en adelante a la salud del **homo sapiens**, es inevitable que todo lo que sigue tenga un enfoque antropocéntrico excluyente”* (Escudero, 1996). Por el contrario, en la actualidad se condena las posiciones antropocéntricas que se expresan en declaraciones de cumbres sobre desarrollo ambientalmente sostenible de alta trascendencia mundial. *“Entonces quiero insistir en que no es hora de paños tibios ni desatinos tecnocráticos. No podemos en todo un congreso de ALAMES, luego de tanto trajín y compromiso por la vida, repetir la indolencia y ambigüedad de reuniones como la Río + 20. Por el contrario debemos poner al desnudo la esencia del pensamiento que predomina en esos cónclaves del poder: son funcionales al gran capital; son antropocéntricos; son uniculturales; y finalmente son inoperantes”*(Breilh, 2012).

En cambio, el enfoque de Ecosalud ha dado mucha importancia al ambiente, lo que ha permitido dar saltos cualitativos en la interpretación de las relaciones del ambiente con los seres humanos. No se considera al ambiente como un “medio” externo o aislado del ser humano, más bien como una suerte de integración dinámica con múltiples influencias y una infinita forma de procesos físico-químicas, biológicas, de formas de vida marina, terrestre y área. El enfoque de Ecosalud ha reconocido que la naturaleza incide en el ser humano y

éste en ella, no de manera ingenua sino cruzada por intereses y poderes de los diversos grupos sociales en procesos de mucha complejidad. Sin embargo, todavía quedan vacíos respecto a cómo entender la relación ser humano con la naturaleza, la integridad o deterioro del ambiente y sus impactos en los seres vivos (no solo en los humanos), el valor de las prácticas ancestrales en la preservación del ambiente sin sacrificar los buenos estilos de vida; el análisis de la cosmovisión indígena sobre la naturaleza y sus relaciones con la salud; el papel del capital monopólico en el deterioro del ambiente.

Como se ha visto en las secciones anteriores, en el enfoque de Ecosalud también se han dado expresiones contrapuestas con relación al ambiente, unas de tipo antropocentristas y otras de tipo ecocentristas por no decir biocentristas. La Ecología profunda plantea la interdependencia de todos los fenómenos, hechos y actores de la naturaleza, todos inmersos en la misma, marcando distancia de las posiciones antropocéntricas (Capra 1996). En este caso, la categoría central, **la naturaleza**. En otra posición, en el ambiente se incluye a los procesos biológicos, químicos, físicos y sociales. (Riojas-Rodriguez & Romero-Franco, 2010). En este caso la categoría central es **el ambiente**

Ambiente como "entorno de una persona u objeto, hogar o comunidad" (D. F. Charron, 2012). Por otro lado, el enfoque de Ecosalud considera al **ambiente** como el habitat del ser humano y plantea que la salud de las poblaciones humanas hay que entenderlas dentro de un marco ecológico, entendido éste como una expresión de la capacidad de soporte vital del ambiente (sistemas terrestres y marinos de producción de alimentos, humedales que mantienen la calidad del agua, barreras ecológicas contra los agentes infecciosos y vectores, amortiguadores contra los desastres naturales, etc.) (Rapport, Tree vol. 13).

Como se vio en el primer capítulo, el enfoque de Ecosalud, tiene la particularidad de haber desarrollado dos grandes categorías distintas, una que habla sobre la **salud de los ecosistemas** y otras sobre el **enfoque ecosistémico de la salud humana**. Por las polémica que ha generado el primero, en esta parte es adecuado resaltar a lo que se refiere esta categoría.

El enfoque la salud de los ecosistemas, ha sido interpretado por algunos científicos (por ejemplo Rapport D.) como una **ciencia** que integra otras ciencias como las ciencias naturales, ciencias sociales y ciencias de la salud para con ello concluir que el ESE tiene, en este caso, al menos tres dimensiones, una biofísica, otra socio-económica y una tercera de la salud

humana. (De Freitas et al., 2007). Se considera así el enfoque como una ciencia integradora.

El ESE considera 4 dimensiones

- Biofísica
- Socio-económica
- Salud Humana
- Espacio-temporal (respuestas al estrés ambiental)

El ESE considera 8 criterios o indicadores

- Vigor
- Recuperación
- Organización
- Estructura
- Funciones (estos 5 en la dimensión biofísica)
- Gestión
- Planificación
- Capacidad de sustentabilidad de mitigación y compensación (sociedad)

Para el Enfoque, **salud de los ecosistemas** es la capacidad para mantener la organización social y biológica, por un lado, y la habilidad por alcanzar los objetivos humanos de manera razonable y sustentable, por el otro. Salud de los ecosistemas se refiere tanto al mantenimiento de las comunidades humanas, oportunidades económicas y las salud humana y animal como el mantenimiento de las funciones biológicas de los ecosistemas. Las manifestaciones de la salud humana son claramente reflejadas en el vigor de la salud de la comunidad que es parte de un ambiente específico (Rapport Ecology Vol II).

Los seres humanos son parte del ecosistema. Se usa el término salud de los ecosistemas rompiendo, de manera explícita el tradicional uso del término "salud" solo para las personas como individuo o colectivos, rescatando el rol de las ciencias de la tierra. Considera a la salud de los ecosistemas como una **disciplina** paraguas porque convoca a las ciencias de la ecología, económicas, de la salud y otras y como una **práctica** dirigida a la gestión de la salud (no solo humana) y del ambiente (Rapport, Episodes vol. 23). No deja de reconocer que es transdisciplinaria. La recuperación de las ciencias de la tierra es una importante diferencia con la Medicina Social que da mayor énfasis en las ciencias sociales.

Al hablar de la salud de los ecosistemas, se hace referencia a que existen ecosistemas de la tierra que son *insalubres* cuando se han deteriorado las funciones, especialmente las que son vitales para el sostenimiento de la especie humana. A este fenómeno se le ha dado en llamar EDS, *síndrome de distrés del ecosistema* por sus siglas en inglés, que incluye a los ecosistemas acuáticos y terrestres. A más es éstos, se habla de distintos ecosistemas, por ejemplo, ecosistemas marinos, ecosistemas forestales, ecosistemas, agroecosistemas, etc. (Rapport, Assessing Ecosystem Health).

Es un **ecosistema saludable** cuando en las funciones biofísicas y socio-económicas hay vigor (productividad, referido a la capacidad de los ecosistemas para mantener el crecimiento y reproducción de las plantas y animales), organización (diversidad de la biota y sus interacciones) y resiliencia (capacidad de amortiguar las perturbaciones, recuperación). A estas "funciones" los autores también lo denominan "dimensiones" o "elementos" que están interrelacionados de manera dinámica y compleja. En lo biofísico se incluye el clima, química atmosférica, energía, materiales, alimentos, fertilidad de los suelos, etc. Los aspectos socio-económicos incluyen mantenimiento de la actividad económica, servicios sociales y *la salud humana* (Rapport et al Ecology Vol II).

Quedan retos para ingresar en una necesaria fase de reflexión y discusión más amplia sobre las posiciones antropocentristas/biocentristas o ecologistas en las relaciones del ser humano con la naturaleza y de éstas con el proceso salud-enfermedad. En este sentido conviene adelantar algunas ideas a manera de provocación:

- Con relación al tema de lo ambiental y la manera cómo se comprende lo ambiental, es necesario aclarar dos conceptos: el de *ecosistema* y el del *ambiente*. La dimensión ambiental estaría más relacionada con lo biofísico y el ecosistema sería entendido como el escenario donde se articula las relaciones sociales, las relaciones entre ese ambiente, los seres vivos, incluido el ser humano
- "La disociación de los seres humanos con la naturaleza, cristalizada en la hegemonía del capitalismo y la manera cómo la mayoría se relaciona con el medio ambiente, ha producido desequilibrios que se reflejan en la salud humana y ambiental. Estas consecuencias son el resultado de la separación

entre la 'civilización' y el medio que la mantiene, a partir de la explotación de éste último para la producción de bienes materiales, sin tener debida cuenta de sus límites de resiliencia, hasta por desconocimiento. Tanto las actividades productivas como las externalidades negativas (contaminación, cambio climático, desempleo, explotación laboral, urbanización no planificada, pobreza, entre muchos otros) tienen consecuencias graves para la salud del medio ambiente natural, rural y urbano" (Lawinsky, Mertens, Passos, & Távora, 2012).

- El ambiente es importante en una perspectiva donde se considera que lo ambiental está relacionado con lo social (económico, político, cultural). Uno de los errores derivados del determinismo económico fue pensar que los seres humanos podíamos modificar el medio ambiente indefinidamente, sin reparar en las consecuencias negativas de estas actividades. Ahora se sabe que las consecuencias de modificar la naturaleza también puede afectar el bienestar humano. Esta concepción, por ejemplo, fue negativa en los países del socialismo real, en donde no se tomaron en cuenta las consecuencias negativas de la sobre explotación o de la modificación irreversible del medio ambiente.

- En otro sentido, existe suficiente información que permiten demostrar que en la lógica del capital, los modelos de desarrollo actuales son incoherentes e incompatibles con la preservación del ambiente, de las especies que en él habitan y de la salud.

- Así como los aspectos sociales y políticos influyen en el medio ambiente, éste también influye en lo que sucede a nivel político, económico y social, existe una relación dialéctica entre la naturaleza y la sociedad. No es producto del azar que en África y América Latina, continentes que tienen abundantes recursos naturales y elevados niveles de pobreza, sean las áreas donde hay más intervención extranjera.

- Desde el campo de la Ecosalud diversas vertientes han puesto mucha atención a lo ambiental –en especial ecosistémico- como un aspecto importante para la salud, el bienestar y la integridad del planeta. Varias manifestaciones sustentadas en este enfoque han señalado, por ejemplo, el cultivo de soya transgénica, que tienen claras motivaciones productivistas y de mercado, al no considerar su impacto ambiental y las consecuencias del monocultivo, puede aparecer hambre en unos años, con impactos negativos más graves y a mayor escala. La preocupación por la integridad de los ecosistemas, sumada a la salud de otras especies es una de las características del enfoque de Ecosalud en proceso de construcción con aportes provenientes desde el enfoque eco-bio-social.

- Por otro lado, en ciertas circunstancias, lo biológico puede tener una preponderancia que influye y que impacta en el resto de los espacios; dependiendo del contexto, los componentes sociales, políticos o culturales pueden llegar a tener mayor relevancia que los aspectos geo-químicos o los biofísicos del ambiente.
- Existen algunos riesgos: a) Subordinar las categorías socioeconómicas a una categoría ambiental y, b) Que la perspectiva ambientalista “naturalice” a los procesos socioeconómicos, haciendo que se pierda su riqueza y complejidad. Es decir, cuando se habla de ambiente este término parecería que se refiere a un hecho natural. En el enfoque de eco salud al ambiente no se le ha analizado como una construcción histórica-social y, existe el riesgo de considerar que la discusión de la manera cómo el ser humano se relaciona con el ambiente está resuelto. c) Lo social y lo económico no son hechos naturales, en buena medida son construcciones históricas determinadas por las relaciones de poder, muchas veces por intereses contrapuestos de distintos grupos sociales e incluso por una visión positivista de la ciencia y del desarrollo que minimiza la noción de límites al desarrollo asociando desarrollo a crecimiento y éste a consumo. Cuando se incorpora lo social y lo económico como un fenómeno ambiental, existe el riesgo de naturalizar esos procesos, aspecto que dificultaría la realización de un análisis estructural y dialéctico de los procesos sociales y sus relaciones con el ambiente y la salud, no solo del ser humano sino también de los demás seres vivos.

Incidencia política

El enfoque de Ecosalud ha tenido la particularidad de resaltar la necesidad de que los resultados de las investigaciones sirvan para incidir en las políticas públicas de salud y ambiente. En eso hay similitudes con las Medicina Social que ha tenido una posición de crítica permanente a propuestas teóricas y a políticas neoliberales locales o internacionales, pero lo que le diferencia del enfoque de Ecosalud es que la Medicina Social ha tenido una posición militante para combatir políticas sanitarias que han estado en dirección contraria a los intereses de las grandes mayorías, orientadas a concentrar la atención a la salud en el ámbito privado, ligada a las leyes del mercado y no como un derecho individual y social básico y universal que se mueve en el ámbito de lo público (Laurell, 1993). En el otro sentido, la Medicina Social ha defendido posiciones progresistas de algunos países que han creado servicios únicos de salud, de acceso universal y gratuito; resaltando que las políticas neoliberales del sector salud han generado diversas expresiones de resistencia, de propuestas de políticas contrahegemónicas y de proyectos alternativos de nación de las clases subalternas y de los grupos discriminados (Laurell, 2011).

La Medicina Social no solo se ha preocupado de construir un marco teórico sobre el proceso salud-enfermedad que incluya a lo social como una de sus categorías centrales, ha tenido la oportunidad de aplicar esos principios en diversas investigaciones concretas, muchas de las cuales se han expresado en políticas locales o nacionales. No es el espacio para detallar innumerables investigaciones realizadas en América y en Europa durante los últimos 40 años que han demostrado la influencia de los aspectos económicos, sociales, ideológicos y políticos en la realidad sanitaria de diversos grupos sociales, incluyendo las inequidades de género (Laurell, 1980) (Noriega, Gutiérrez, Méndez, & Pulido, 2004) (Laurell, 2010) (Arana, 2010) (Kohen & Canteros, 2000) (Estrella 1980).

A diferencia del enfoque de Ecosalud, la Medicina Social adopta una explícita posición política frente al proceso salud-enfermedad y a las relaciones de poder, es claro el pensamiento de Mario Testa, un ideólogo de la Medicina Social en el campo de la planificación en salud al decir que *“el enfoque sociológico lo que debe discutir, en concreto, es el poder en el terreno de la salud, su condicionamiento, la lucha por conquistarlo, las formas de su ejercicio, las organizaciones que lo canalizan, su coherencia y sus contradicciones. El aspecto dinámico de este análisis es la historia, que no solo explica la situación actual, sino que permite inferir las potencialidades futuras de su desarrollo. Esta manera de comenzar a pensar en salud, destaca inmediatamente el contenido político de la misma y el compromiso que debe asumir el planificador o administrador frente al problema”*(Testa, 1979). Sin embargo, a pesar de la diferencias con la Medicina Social en el tiempo, la realización de investigaciones con el enfoque de Ecosalud han jugado un papel preponderante en políticas locales o regionales de salud y ambiente en diversas partes del mundo. Los estudios de caso de una de las últimas publicaciones del IDRC reflejan estos logros (Charron, 2012b).

La trasdisciplinariedad

El enfoque de eco salud ha tenido el acierto de discutir y aportar con ideas creativas en el campo de la trasdisciplinariedad. Al partir de la idea que los fenómenos de salud y del ambiente, relacionados de manera central con las condiciones sociales, políticas y culturales, son fenómenos complejos, se resalta la necesidad de abordarlos de manera trasdisciplinaria. Además, ha dado elementos valiosos de lo que significa el ancestral y limitado planteamiento de la multidisciplina o la interdisciplina. En este sentido complementa a lo que de manera poco amplia la Medicina Social lo ha desarrollado.

El enfoque de eco salud rompe con la idea del conocimiento iluminado que surge de los investigadores, de los técnicos o de la academia y rescata el valor del conocimiento popular y la experiencia de los diversos grupos sociales. Un estudio con enfoque de Ecosalud realizado en Lima (Perú), con recicladores informales urbanos y sus familias mostró las potencialidades, pero también las limitaciones, de contar con un equipo transdisciplinario que incorporase a los propios recicladores y sus saberes al proceso de investigación, identificando los cambios ocurridos en los saberes disciplinares y su influencia articulada en la búsqueda de soluciones que cada conocimiento o saber por si solo no estaba en condiciones de aportar (Santandreu, Arroyo, Lujan y Valle, 2012).

La Medicina Social se limita a resaltar la importancia del trabajo en equipo e interdisciplinario. *“Cuando hablamos de interdisciplinariedad tenemos como referencia encuentros generadores, o mejor dicho, encuentros creadores de oportunidades para hacer nacer la novedad o ciencia por ser redefinida. Estamos, por lo tanto, refiriéndonos a una posibilidad de construcción del conocimiento científico que engendra formas variadas de poder ver, pensar y relacionar datos de una realidad, utilizando diferentes instrumentos de abordaje y elaboración dentro de un supuesto y definido encuadramiento de lo real”* (Tambellini, 1994). *“...surge la interdisciplinariedad como un movimiento por recuperar la integralidad del saber, por comprender en forma unitaria la realidad, por coordinar esfuerzos y por potencializar el poder de cada ciencia”* (Yépez & Barreto, 1994).

En cambio, la Medicina Social, a diferencia del enfoque de Ecosalud ha hecho aportes en el uso de la triangulación metodológica bajo referentes epistemológicos comunes, de los límites y alcances de las técnicas cualitativas y cuantitativas, discutiendo, además, las posiciones antropológicas o sociológicas instrumentales y conductistas.

La participación social

Ha sido permanente y explícita la preocupación del enfoque de Ecosalud y de la Medicina Social por la participación social en las investigaciones y en las acciones para la consecución de mejores condiciones de salud y vida. Motivar a la organización ha sido otra de las estrategias que ha permitido avanzar en las comunidades en la propuesta de cambio, las exigencias, las presiones a los grupos de poder y han ido cobrando un espacio cada vez más representativo.

Al aplicar el enfoque de Ecosalud en las intervenciones a nivel local, como el estudio en Puyango, suroeste del Ecuador, se puso en práctica una técnica cualitativa “bola de nieve”, con entrevistas y trabajo de grupos para encontrar

las relaciones de poder en una comunidad concreta, a través de ellos se pudo conocer cómo se distribuye y cómo se expresan los intereses públicos y políticos. Esta fue una oportunidad para fortalecer la organización de la comunidad, la identificación de sus aliados y conseguir cambios en sus condiciones de vida, en el cuidado de la salud y en la preservación del ambiente (Betancourt, Davée Guimaraes, Cueva, & Betancourt, 2012). Un estudio sobre dengue con enfoque de Ecosalud realizado en Cali (Colombia), mostró que los colectivos comunitarios y sus líderes tenían predisposición a participar en acciones concretas organizadas en red, más allá de su grado de organización y de sus prácticas anteriores de participación, siempre y cuando se reconociesen sus capacidades y saberes, motivados por el retiro del Estado en la prestación de servicios públicos de salud (Mardonado, Moreno y Méndez, 2009)

En el ejercicio de los postulados de la Medicina Social han existido, como es obvio, algunos sesgos como la tentación del intelectual que “da línea” a la comunidad, al pensar que es el dueño de la verdad o el que tiene las ideas y propuestas más claras sobre el proceso salud-enfermedad. También ha existido la tentación de la comunidad o de algunos de sus representantes de un “seguidismo” al intelectual. Es necesario un diálogo de saberes, pero asumiendo como investigadores un rol facilitador, de participación horizontal y de mutuo respeto. Es fundamental la vinculación de los saberes de la academia con los de la colectividad, fortaleciendo la participación de los movimientos sociales preocupados por precautelar el ambiente y por conseguir mejores condiciones de salud y vida. El uso de metodologías implicativas, propio de las investigaciones con enfoque Ecosalud, entre las que destacan el Sistema de Análisis Social - SAS² (Chevalier y Buckles, 2009), la ecología social (Gudynas y Evia, 1991) o la sociopraxis (Villasante, 2006b) muestra la importancia de articular el conocimiento científico a través de estudios específicos, el saber popular con metodologías participativas y la experiencia personal con métodos socio-etnográficos (Waltner-Toews, Fernandes y Briceño-León, 2002).

La Medicina Social ha tenido la oportunidad de señalar que la “comunidad” no es un colectivo de personas amorfa u homogénea, es el conjunto de diversos grupos sociales, con niveles diversos de organización, con intereses muchas veces contrapuestos, con culturas e historias igualmente diversas, en otras palabras, un conjunto de clases sociales. En esos contextos y siguiendo los planteamientos de Gramsci, los investigadores pueden convertirse en intelectuales orgánicos de los intereses de las clases sociales marginadas.

El enfoque de eco salud ha sido claro en considerar que si la investigación no va ligada acciones que permitan resolver aunque sea parcialmente sus problemas, es iluso pensar en una "investigación participativa", todo lo contrario, el grupo de investigadores puede quedar aislado de la comunidad. Hay que tener la habilidad de participar con ellos en la consecución de algunos aspectos que le permitan en alguna medida resolver problemas específicos, sabiendo que no es la solución integral, y que no es la meta, ni el fin, sino un medio para lograr y mantener una legitimidad, fortalecer la organización y movilización social. Si se aplica de manera erróneas del planteamiento gramsciano del intelectual orgánico, al considerar que su única meta es la transformación social, se podría llegar a una inmovilización social o lo que es más grave repercusiones nefastas en las organizaciones sociales o en los individuos, sesgos de los cuales no ha estado libre el ejercicio de la Medicina Social.

Pero también es justo reconocer que la Medicina Social ha tenido el cuidado de que los investigadores queden atrapados en las demandas inmediatas y en los terrenos del paternalismo, del desarrollismo y del funcionalismo. Ha tenido la oportunidad de demostrar que con organización, movilización, es posible mejorar las condiciones de vida y de salud.

RETOS

La complejidad de la relación entre salud y ambiente en una formación social concreta exige un enfoque que permita abordar estos procesos en forma integral, ubicando de manera clara las diversas expresiones de determinación y de relaciones. Sin embargo, en esta tarea existen barreras epistemológicas que es necesario trabajar y comprender. Por, ejemplo, desde el paradigma epistemológico actual no existe suficiente experiencia para comprender los fenómenos micro de una manera integral. El enfoque ecosistémico permite avanzar en la construcción de este nuevo paradigma, relacionando los estudios micro con sus determinaciones socio-ambientales y sus relaciones sociales. Es importante avanzar en la comprensión y análisis desde una perspectiva integral, eso implica transformaciones estructurales en el pensamiento, en el conocimiento y en la acción.

En los proyectos de investigación es importante operacionalizar en variables, categorías y dimensiones lo biofísico pero también las determinaciones sociales de la salud y el ambiente. El reto consiste en operacionalizar lo social en sus categorías y variables principales (económicas, políticas, culturales), al igual que lo ambiental (variables ecosistémicas), procedimientos que en la práctica ha presentado una diversidad de dificultades. Esta es una tarea que debe ser

abordada de manera transdisciplinaria. En otras palabras, el reto es saber aplicar los principios teóricos de las distintas categorías en realidades o fenómenos concretos que se incluyen en un proceso de investigación.

Otro reto apunta al reconocimiento de las bondades y limitaciones del enfoque de Ecosalud y de la Medicina Social para incorporar elementos de alto nivel académico y científico pero también ideológicos y políticos para enfrentar el deterioro del ambiente, las inequidades sociales, étnicas y de género y promover la consecución de condiciones de vida y salud dignas, de soluciones a los problemas de salud que afectan a los grupos sociales más desprotegidos.

Para que esto se logre, entre otras cosas, es necesaria la ejecución de estudios transdisciplinarios, que partan de los problemas sensibles de las comunidades y, a partir del conocimiento generado, incorporarlos a un proceso social que incida en el cambio de políticas en los ámbitos local, regional, nacional y global.

La investigación por sí sola no basta para que las decisiones tomen un curso de beneficio colectivo. Se puede tener la mejor investigación, pero ésta, aislada, no necesariamente influirá en las decisiones políticas. La investigación y la construcción de conocimientos con diversos actores sociales deberían llevar a tomar decisiones políticas coherentes con las necesidades de las mayorías. Es un elemento importante en términos políticos el reconocer que existen estructuras de poder y relaciones que están definidas por las relaciones económicas (habitualmente quien tiene más poder económico, es quien define las orientaciones de la política). Por ello también es importante que las comunidades logren fortalecerse en términos organizativos y políticos para que puedan defender sus propios intereses.

Un buen ejemplo es el caso de La Oroya, en Perú, donde una empresa transnacional minero-metalúrgica domina todo el aspecto social, político, económico de esa zona, deslegitima a los movimientos que defienden la salud, la vida y la calidad del ambiente. Los aportes de organizaciones o personalidades que tratan de investigar una realidad y mostrar a la población local las carencias, las exigencias y la falta de atención del derecho a la salud, quedan relegados a la marginalidad, ante el poder mediático y la influencia social de la gran empresa.

Por tanto, no basta que la investigación se encuentre bien realizada desde el punto de vista técnico y ético, es necesario que genere un movimiento social y realice incidencia política para contrarrestar el embate y deslegitimación que los grupos interesados ejecutan.

La posición de considerar a la salud y al ambiente saludable como derechos fundamentales, es nueva y no está muy difundida. Estos planteamientos tampoco están visibilizados metodológicamente dentro de la práctica científica. Desde el enfoque de Ecosalud y de la Medicina Social salud debería potenciar de una manera significativa esta posición. Hay un interés común con los esfuerzos de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES, que estos últimos años está trabajando el tema del **derecho a la salud** como uno de los derechos fundamentales del ser humano. Este trabajo ha generado una amplia movilización y ha permitido unir varios esfuerzos de diferentes disciplinas. Sería interesante analizar la manera incorporar las propuestas de esta posición para dinamizar la movilización social en un nivel más alto. La presencia cada vez creciente de diversos movimientos sociales van garantizando que esos derechos sean una realidad, sin embargo, los investigadores deben aportar con elementos que se transformen en elementos sólidos de lucha.

Hay grupos que están investigando, por ejemplo, los tratados de comercio internacional y cómo pueden afectar al ambiente y a la salud. Son, en general, tratados inequitativos en donde se privilegia lo comercial y la rentabilidad, y que no contemplan de manera seria y responsable las repercusiones en el ambiente y la salud en los países en los que se implementan.

Si bien es cierto es necesario buscar nuevos referentes para la investigación y nuevos paradigmas, no es necesario disponer de un paradigma acabado para avanzar en las investigaciones e intervenciones. En sociología han existido posiciones de contradicción entre los estructuralistas y los subjetivos, entre estructura y acción. Los primeros sostienen que son las estructuras las que determinan la línea de conducta de las personas, los segundos consideran que son las interacciones la base de las relaciones sociales, que agregadas fijan las reiteraciones y estructuras. Las nuevas corrientes de las ciencias sociales han tenido una posición de integración sin invalidar a ninguno de acuerdo al objetivo de investigación del problema que se trate de abordar. Al tratar temas estructurales los aportes del marxismo y de estructuralismo ayudan bastante, pero en temas subjetivos o de las dimensiones "micro" esos aportes no ayudan mucho y son necesarias herramientas de la sociología subjetiva como la corriente de la interacción social. Bourdieu⁹ hablaba de tener una "caja de

⁹ Velazco, David. **Pierre Bourdieu y el compromiso de los académicos**. Breve boceto sobre la vida y la obra de un militante. En: <http://debate.iteso.mx/numero03/articulos/velasco.htm>

herramientas" teórica y metodológica y Buenaventura de Souza Santos que nos sugiere descolonizar la ciencia occidental a partir del reconocimiento de otros sistemas de conocimiento y de la energía "instituyente" de los movimientos sociales (De Souza Santos, 2009, 2010; Rodríguez-Villasante, 2006^a, 2006b, 2010).

Es importante y necesaria una visión integral y sistémica, un enfoque y un accionar transdisciplinario¹⁰, centrado en el interaprendizaje con las comunidades involucradas en los estudios, escuchando la voz de las personas, sin esperar a tener un paradigma acabado, siendo muy flexibles y manteniendo una posición de apertura.

Los investigadores de las ciencias naturales, o aquellos fuertemente influenciados por el paradigma positivista hegemónico en la ciencia clásica, sostienen que la ciencia es objetiva, sin embargo, sabemos que eso no es exacto. La ciencia es una respuesta a lo que la sociedad quiere hacer y lo que quiere conocer, qué preguntas quiere formular y responder. Las preguntas de las ciencias naturales o sociales surgen no sólo de la cabeza del investigador o de la investigadora, sino del intercambio con la población y las necesidades que se ven en ese intercambio con un equipo transdisciplinario de las ciencias humanas. ¿Cuáles son las preguntas que se necesitan?, ¿cuáles son las

"Bourdieu polemiza con las corrientes que conciben las ciencias sociales como un conjunto de métodos, burla que hacen de ellas los académicos que cultivan las ciencias naturales o duras, quienes ofrecen resultados concretos y desde ahí miran los titubeos con los que suelen trabajar los científicos sociales y cuyos resultados son, variaciones a las cuestiones de método. Pero, por otro lado, polemiza también con quienes, sin hacer trabajos empíricos, sin bajar a la arena de las luchas sociales cotidianas, teorizan y abordan problemas sociales desde posturas meramente teóricas.

Para Bourdieu es importante combinar lo mejor de ambas corrientes y tradiciones en ciencias sociales para postular un *racionalismo aplicado*, en el sentido de utilizar los métodos de las ciencias sociales, como quien utiliza una caja de herramientas, de tal manera que según el objeto de estudio se apliquen las herramientas que más pueden ayudar a su construcción teórica. Y, por el otro lado, hacer explícita la filosofía de la ciencia implícita en las diversas teorías sociales que subyacen en la mente de los investigadores, de modo de evitar el uso de un modelo teórico casi como si fuera una fotocopia de la realidad. De ahí que los teóricos afirmen que si la realidad no se adapta a su modelo teórico, pues peor para la realidad. Sin embargo, la realidad se impone."

¹⁰ "La interdisciplinariedad se nutre de la visión ontológica de que la realidad puede ser explicada desde distintos enfoques que permiten interpretar los fenómenos de manera más completa sin caer en el eclecticismo. Desde el punto de vista epistemológico, la interdisciplinariedad trata de unificar el campo de acción de las disciplinas que estudian los hechos y fenómenos sociales. No pretende integrar a priori los paradigmas del conocimiento, su esfuerzo se orienta al enriquecimiento e intercambio racional de los métodos de las disciplinas con cierta independencia respecto a las categorías propias de cada ciencia, a fin de mejorar el estudio de lo real. La transdisciplinariedad por su parte concierne a lo que simultáneamente es entre las disciplinas, a través de las diferentes disciplinas y más allá de toda disciplina. Su finalidad es la comprensión del mundo presente, uno de cuyos imperativos es la unidad del conocimiento. La investigación transdisciplinaria no es antagonista sino complementaria de la investigación multidisciplinaria e interdisciplinaria. Como señala Basarab Nicolescu "La disciplinariedad, la pluridisciplinariedad, la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad son las cuatro flechas de un solo y mismo arco: el del conocimiento". En: <http://listserv.rediris.es/cgi-bin/wa?A2=ind0605b&L=iwetel&D=1&O=D&P=9145>

respuestas que se necesitan?, estas son retos que quedan por delante en el campo de la investigación en salud y ambiente.

Es importante la dimensión política del Estado y su influencia decisiva en la implementación de los resultados de las investigaciones en salud y medio ambiente. En ese sentido, sería muy importante contar desde el principio con la participación de actores de poder, a nivel social, pero principalmente del Estado, comprometidos con los intereses de los sectores populares y no del gran capital. También es importante identificar los diferentes grupos objetivos y los recursos locales con los que se cuentan para la realización de las investigaciones, pensando, además en la intersectorialidad y en la aplicación de una gobernanza democrática.

Para finalizar, queda en la mente algunas inquietudes que se deben seguir analizando y discutiendo:

- Operacionalizar las categorías y las relaciones naturaleza-ambiente-sociedad-ser humano-salud. Interesa re-descubrir la diversidad de expresiones del ambiente bio-físico y de los aspectos ecológicos del ambiente en su relación con la salud de los seres vivos (incluido el humano) y las leyes sociales, de lo contrario, lo ambiental queda siempre como una caja de pandora.
- Discutir las teorías ecocentristas (biocentristas) y antropocentristas con relación al ambiente, el ser y la salud. ¿Es adecuado hablar de "salud" de los ecosistemas o de "salud" ambiental?
- Analizar en enfoque de Ecosalud y de la Medicina Social a la luz de la teoría general de los sistemas (TGS) y el paradigma de la complejidad, considerando las incertidumbres y las expresiones subjetivas de los seres humanos.
- Profundizar la discusión sobre los significados e implicaciones de propuestas relativas a los "determinantes sociales" de la salud que promueve la OPS/OMS y sobre la "determinación social" de la salud que sostiene la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES
- Analizar la connotación de la salud como un *derecho humano fundamental*, los derechos del ambiente y de la denominada *justicia ambiental* y las nuevas propuestas del buen vivir que consta en las constituciones de algunos países de América Latina y las visiones andinas sobre la naturaleza o Pacha Mama¹¹.

¹¹ Quijano (2012) sostiene que nos encontramos ante un nuevo cambio de era, de un nuevo horizonte de sentido de la especie Humana, que supera el actual horizonte de sentido basado en el poder eurocentrado y en el modelo de acumulación capitalista global, que lleva a la crisis ambiental y al posible exterminio de una "porción" importante de la especie humana. Este fenómeno es mucho más que una crisis multidimensional, es

- Rol del investigador en el campo de la salud y el ambiente en sus relaciones con los otros actores sociales que anhelan un mundo de equidad, justicia y respeto al ambiente. Profundizando en la manera cómo se deben establecer las relaciones con los movimientos sociales organizados.
- En lo que respecta al enfoque de Ecosalud habría que profundizar en el análisis de su sustento filosófico e intentar responder a las siguientes preguntas: ¿alcanza la categoría de teoría o queda como enfoque o campo de conocimiento?, ¿Logra superar el estructural funcionalismo con la filosofía de la complejidad y con la teoría general de los sistemas?
- Rol de la gestión del conocimiento para el aprendizaje en el desarrollo del enfoque de Ecosalud y cómo hacer para mirar las diversas formas de intervención desde una perspectiva más integral, intersectorial y transdisciplinaria, que considere distintos sistemas de saber (conocimiento científico, saber ancestral/social/comunitario y experiencia personal) como base de los procesos de construcción social del conocimiento girando el eje de las evidencias del campo de la ciencia al del saber socialmente relevante.

BIBLIOGRAFÍA

- Arana, M. T. (2010). Género y medioambiente, nuevas tensiones y desafíos para la política pública. *Fazendo Genero*, (9), 1–13.
- Berlinguer, G. (1993). El cuerpo como mercancía o como valor. *Salud Problema y Debate*, V(9), 4–15.
- Betancourt, O. (1999). *Salud y seguridad en el trabajo* (1st ed., p. 402). Quito: OPS/OMS-FUNSAD. Retrieved from www.funsad.org
- Betancourt, O., Davée Guimaraes, J. R., Cueva, E., & Betancourt, S. (2012). Impacts on Environmental Health of Small-Scale Gold Mining in Ecuador. In D. F. Charron (Ed.), *Ecohealth Research in Practice* (1st ed., pp. 119–130). New York: Springer.

un cambio de sentido de la Historia, que desde el s.XVI al XVIII se impuso, no sólo como poder eurocentrado, capitalismo global, sino en la misma subjetividad de la Humanidad. El nuevo horizonte de sentido, tiene entre sus principales vertientes las raíces de la cultura andina y afro de América Latina, y será un cambio en la subjetividad de la Humanidad, un reencuentro con la naturaleza y con los otros.

- Breilh, J. (2012). Ciencia crítica por la vida en tiempos de una sociedad de la muerte. *XII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva* (p. 15). Montevideo.
- Cabezas, G., & Feo, Ó. (1994). Desarrollo del conocimiento científico biológico y social en la teoría y la práctica de la salud de los trabajadores. In M. I. Rodríguez (Ed.), *Lo Biológico y lo Social* (Primera., pp. 129–142). Washington: OPS/OMS.
- Charron, D. F. (2012a). Ecohealth: Origins and approach. In D. F. Charron (Ed.), *Ecohealth Research in Practice* (1st ed., pp. 1–33). New York: Springer.
- Charron, D. F. (2012b). *Ecohealth Research in Practice*. (D. F. Charron, Ed.) (1st ed., p. 305). New York: Springer.
- Eibenschutz, C., Tamez, S., & González, R. (2011). *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?* (C. Eibenschutz, S. Tamez, & R. Gonzalez, Eds.) (Primera., p. 290). México, D. F.: Abate Faria.
- Escudero, J. C. (1996). Ambiente y Salud. *Salud Problema y Debate*, VII(13), 4–10.
- Estrella, E. (1980). *Medicina y Estructura Socio-económica* (Primera., p. 392). Quito: Editorial Belén.
- Fassler, C. (1978). Salud y trabajo. *Salud Problema UAM-X*, (2), 7.
- Granda, E. (2009). Perspectivas de la salud pública para el siglo XXI. In R. M. Betancourt Zaida, Hermida César, Noboa Hugo (Ed.), *La salud y la vida* (Primera., pp. 69–81). Quito: OPS/OMS, MSP, CONASA, U de Cuenca, UNL, ALAMES.
- Kohen, J., & Canteros, G. (2000). *La Salud y el Trabajo de los Judiciales*. (S. Perkins, Ed.) (Primera., p. 139). Rosario: Ediciones Raymur.
- Laurell, A. C. (1980). La política de salud en los ochenta. *Cuadernos Políticos*, (23), 87–97.
- Laurell, A. C. (1982). Acerca de la reconceptualización de la epidemiología. *Salud Problema UAM-X*, (8), 5–9.
- Laurell, A. C. (1993). La salud: de derecho social a mercancía. *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud* (p. 11). México, D. F.: Fundación Friedrich Ebert. Retrieved from http://www.javeriana.edu.co/Facultades/C_Sociales/Profesores/jramirez/PDF/laurell-saludymercancia.pdf

- Laurell, A. C. (2010). Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Medicina Social*, 5(1), 79–88.
- Laurell, A. C. (2011). Dos décadas de reformas de salud: una evaluación crítica. *Séptimo Congreso de Salud Pública* (pp. 0–29). Medellín: Universidad de Antioquia. Retrieved from www.fnsp.udea.edu.co
- Laurell, A. C., & Noriega, M. (1985). La salud de los trabajadores siderúrgicos y la reconversión industrial. *Salud Problema UAM-X*, (15), 9–34. Retrieved from [http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=6&tipo=ARTICULO&id=1151&archivo=4-91-1151trq.pdf&titulo=La salud de los trabajadores sider%C3%BArgicos y la reconversi%C3%B3n industrial](http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=6&tipo=ARTICULO&id=1151&archivo=4-91-1151trq.pdf&titulo=La%20salud%20de%20los%20trabajadores%20sider%C3%BArgicos%20y%20la%20reconversi%C3%B3n%20industrial)
- Laurell, A. C., & Noriega, M. (1989). *La salud en la fábrica*. (R. Jiménez, Ed.) (Primera., p. 225). México, D. F.: Ediciones Era.
- Laurell, A. C., Noriega, M., Villegas, J., Ríos, V., Novick, M., & Garduño, M. de los A. (1993). *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. (A. C. Laurell, Ed.) (Primera., p. 296). Washington: OPS/OMS.
- Lawinsky, M., Mertens, F., Passos, C. J., & Távora, R. (2012). Enfoque ecosistémico en salud humana: la integración del trabajo y el medio ambiente. *Medicina Social*, 7(1), 37–48.
- Mercer, H., & Vázquez, L. (1982). Espacio social y salud. *Salud Problema UAM-X*, (8), 10–13.
- Messing, K. (2002). *El trabajo de las mujeres*. (K. Messing, Ed.) (Primera., p. 299). Madrid: Catarata.
- Noriega, M., Franco, J., Martínez, S., Villegas, J., Alvear, G., & López, J. (2001). *Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores*. (C. Linares, Ed.) (Primera., p. 159). México, D. F.: UAM-X.
- Noriega, M., Gutiérrez, G., Méndez, I., & Pulido, M. (2004). Las trabajadoras de la salud: vida, trabajo y trastornos mentales. *Cadernos Saude Pública*, 20(5), 1361–1372.
- OMS. (2009). Situación actual: necesidad de un movimiento para la equidad sanitaria. In C. sobre D. S. de la S. Sociales (Ed.), *Subsanar las desigualdades en una generación* (p. 24). Buenos Aires: Ediciones Journal S.A. Retrieved from www.journal.com.ar
- Tambellini, A. (1994). Interdisciplinariedad y formación de recursos humanos para el área de salud del trabajador y ecología humana. In María Isabel

- Rodríguez (Ed.), *Lo Biológico y lo Social* (Primera., pp. 121–128). Washington: OPS/OMS.
- Testa, M. (1979). Planificación de la salud en América Latina: un replanteo. *Salud Problema UAM-X*, (4), 9.
- Yépez, R., & Barreto, D. (1994). La interdisciplinariedad, lo biológico y social en la formación de médicos. In María Isabel Rodríguez (Ed.), *Lo Biológico y lo Social* (Primera., pp. 143–161). Washington: OPS/OMS.
- Rodríguez Villasante, Tomás. 2006a. Desbordes creativos. Estilos y estrategias para la transformación social. Catarata. Madrid, España.
- Rodríguez Villasante, Tomás. 2006b. La socio-práxis: un acoplamiento de metodologías implicativas. En Canales, Manuel (Compilador). Metodologías de Investigación Social. Introducción a los oficios. LOM Ediciones, Santiago, Chile.
- Rodríguez Villasante, Tomás. 2010. Historias y enfoques de una articulación metodológica participativa. Cuadernos CIMAS, Madrid, España.
- De Sousa Santos, Buenaventura. 2009. Una epistemología del sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social. Siglo XXI y CLACSO, México DF, México.
- De Sousa Santos, Buenaventura. 2010. Para descolonizar occidente. Más allá del pensamiento abismal. CLACSO, Buenos Aires, Argentina.
- Gómez, María Cristina; García, Patricia y Fabián Méndez. 2009. Qué saben, qué hacen y cuál es la participación de los líderes en la prevención del dengue. El caso del barrio Floralia de Santiago de Cali. Revista Prospectiva N° 14, Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Disponible en : URL <http://revistaprospectiva.univalle.edu.co/>
- Gudynas, Eduardo y Evia, Graciela. 1991. La praxis por la vida. Introducción a las metodologías de la ecología social. CIPFE, CLAES y Nordan, Montevideo.
- Santandreu, Arroyo, Lujan y Valle, 2012 (En prensa). Guardianes Ambientales, ECOSAD, Lima, Perú.
- Waltner-Toews, Davis; Fernandes, Octavio y Roberto Briceño Leon. 2002. Un enfoque ecosistémico para la salud y las enfermedades transmisibles. En Bazani, Roberto y Gabriela Feola Editores). 2002. Desafíos y estrategias para la implementación de un enfoque ecosistémico para la salud humana en los países en desarrollo. IDRC, Montevideo, Uruguay.



Comunidad de Práctica sobre el Enfoque
Ecosistémico en Salud Humana

PARTICIPACIÓN DE MIEMBROS DE LA COPEH-LAC EN EL XII CONGRESO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL

**URUGUAY- MONTEVIDEO
3 AL 7 DE NOVIEMBRE 2012**

La COPEH-LAC tuvo una nueva oportunidad de encuentro y reflexión en el XII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva. Con apoyo del IDRC, 4 investigadores de la CoPEH LAC participaron activamente en la organización y desarrollo de la mesa *“Aproximación entre el enfoque ecosistémico a la salud (Ecosalud) y la Medicina Social”* a la cual asistieron más de 30 participantes del Congreso. La Mesa estuvo moderada por Ruth Arroyo (Nodo Andino) y se tomó como referencia el documento de reflexión avanzado desde el Nodo Andino de la CoPEH LAC. En esta Mesa presentaron estudios de investigación: Douglas Barraza (Nodo Centro América y El Caribe), Marla Weihs (Nodo Brasil) y Alain Santandreu (Nodo Andino). Asa Cristina Laurel, referente importante de la corriente de pensamiento de la Medicina Social, comentó la mesa haciendo muy importantes apreciaciones, entre ellas: *“reconozco que el enfoque ECOSALUD se está retomado de manera novedosa los problemas de la Medicina Social, entre ellas la relación de lo biológico y lo social agregando lo ambiental, la transdisciplina, la relación entre el investigador y su objeto de estudio entre otros”*. Sus apreciaciones fueron plasmadas en un artículo publicado en el periódico La Jornada <http://www.jornada.unam.mx/2012/11/07/opinion/a03a1cie>.

Con la finalidad de ampliar e introducir la reflexión de esta aproximación del enfoque y la Medicina Social, 3 miembros de la CoPEH LAC también participaron con presentaciones y como comentaristas en otras mesas del Congreso ALAMES. Walter Varillas (Nodo Andino) en la Mesa Central del Subtema: *“Salud, trabajo y migraciones”*; Juan Moreira (Nodo Andino) en la Mesa Central del Subtema: *“Medios de comunicación masiva y redes sociales: influencia en la agenda de las políticas públicas y la calidad de vida de los pueblos”*. Douglas Barraza (Nodo CA) en la mesa sobre medios de comunicación masiva y redes sociales: influencia en la agenda de las políticas públicas

Con los aprendizajes de la participación en este espacio se iniciará un debate amplio al interior de la COPEH-LAC y se desarrollará un documento de aportes y críticas en torno a los acercamientos entre Ecosalud y la Medicina Social.